

**Sotsiaalministeeriumi eakate poliitika komisjon**

**Eesti Puuetega Inimeste Koda**

**TOITUMISJUHISED  
JA TEGEVUSTERAAPIA  
EAKATELE**

**Tallinn 2004**

Kaas TIINA ALVER

Kujundanud ja küljendanud

MAAJA KUKERMAN

© Autorid, 2004

ISBN 9985-57-535-0

## *Sisukord*

Eessõna ..... 5

### **1. osa**

Eakate inimeste toitumine ja dieedid. *Ulvi Tammer* ..... 9

Toitumise osast vähkhaiguse ennetamisel. *Jelena Roginskaja* ..... 48

Allergia ei tunnista vanusepiire. *Malle Laaniste* ..... 56

### **2. osa**

Eakate tegevusteraapia. *Tiiu Tahk* ..... 60

Eakate tähtsamad probleemid ja nende tegevusteraapia erinevad aspektid. *Ann Tamm* ..... 87



## *Eessõna*

Ehk olete kuulnud Hiina vanasõna: ”Haigus läheb suust sisse, tüli aga tuleb suust välja”.

Kirjutises „Toitumisest Hiina meditsiinis“ õpetatakse, et inimese keha on terve siis, kui ta on harmoonias. Toit on üks vahenditest selle harmoonia saavutamisel. Tungimata sügavamalt hiina meditsiiniteooriasse, püüame formuleerida hiina toitumiskultuuri põhimõtetest lähtudes mõningad soovitusel. Kõigepealt on vaja rõhutada, et ei ole olemas kõikide inimeste jaoks sobivat dieeti. Millist toitu oleks vaja süüa, et hoida keha tasakaalus, selle määrab väliselt ja seesmiselt mõjuvate tegurite koostoime. Inimeste organismid on erinevad, erinevad on töö- ja olmetingimused, igapähelel meist on individuaalne ainevahetuse tüüp. See tingib erineva vajaduse toidu iseloomu suhtes. Seetõttu on kasuks, kui õpitakse tunnetama keha vajadusi. Mõistlikkuse piirides on kasulik tulla vastu keha soovidele, sest targem on lähtuda mitte teooriatest, vaid keha vajadustest. Sobiva toidu söömise järel tekib jõu juurdevooll ja paraneb enesetunne. Kui pärast sööki tekib väsimus, peavalu või muidu halb enesetunne, ei sobi toit keha ainevahetustüübiga ja dieeti tuleks korrigeerida. Toidu mitmekesisus ja mõõdukus söömisel on läbiproovitud põhimõtted, millest lähtuda. Pigem süüa vähem, kuid mitmekesiselt. See tasakaalustab toiduratsiooni selliselt, et toidust oleks võimalik kätte saada kõik eluks vajalikud toitained.“

**Eesti eesmärk:** Aastaks 2010 on kõikidele elanikele, sissetulekust olenemata, kindlustatud ohutu ja tervislik toit, mis sisaldab küllaldaselt vitamiine ja mineraalaineid. Elanikkonna toitumisharjumused on mitmekülgse ja tasakaalustatud toidu kasutamisega muutunud tervislikumaks.

Käsiraamat koosneb kahest osast:

**Esimene osa** koosneb kolmest artiklist :

“Eakate inimeste toitumine ja dieedid” – autor Ulvi Tammer;

“Toitumise roll vähkhaiguse ennetamisel” – autor Jelena Roginskaja;

“Allergia ei tunnista vanusepiire” – autor Maie Laaniste

Vanemaealistel inimestel on vale toitumine kindlasti üheks oluliseks haiguste tekke põhjuseks. Õigesti valitud toit aitab keha tasakaalus hoida ja tervise taastada, krooniliste tõbede korral haigusega toime tulla ja vormis püsida. Haiguse aegne toitumine on võimas ravi mõjutaja, teatud juhtudel, põhiline raviviis.

Järgnevad soovitused võivad olla abiks neile, kes kannatavad närvihaiguste, diabeedi, artriidi, allergia, neeru-, maksa-, vähihaigustest või liigest kehakaalust tingitud vaevuste all. Kindlasti saavad neid soovitusi kasutada puuetega inimeste organisatsioonide juhid, kes nõustavad oma liikmeid, hooldus- ja päevakeskuste töötajad, kes korraldavad eakate või puuetega inimeste toitlustamist. Käsiraamat annab tervisliku toitumise alaseid nõuandeid ja aitab kujundada toitumisharjumusi.

Kes on artiklite autorid?

**Ulvi Tammer** töötab alates 1991. a AS Ida-Tallinna Keskhaigla Magdaleena üksuses diabeedi õppekabinetis diabeediõena. Ta on Eesti Diabeediliidu tegevdirektor, Eesti Puuetega Inimeste Koja juhatuse, Eesti Õdede Ühingu volikogu, EV Sotsiaalministeeriumi tehniliste abivahendite komisjoni ja diabeedi-ekspertkomisjoni liige. Huvitav lektor ja oma ala asjatundja.

**Jelena Roginskaja** – töötab Eesti Onkoloogia Keskuses onkoloogina (kiiritusravi arstina). Oma põhitöö kõrvalt tegeleb onkoloogiliste haigete nõustamise, nende toitumisprobleemidele lahenduste otsimisega. Dr Roginskaja on Eesti Vähiliidu lektor.

**Dr Roginskaja:** „Just vähihaiguse puhul, kas haigusest enesest või rakendavast raviviisist tingituna, tekib kõige rohkem probleeme keha-kaalu säilitamisega ja vajalike toiduainete puudulikkusega. Neid probleeme õnnestub lahendada või leevendada, kui pöörata sellele eraldi tähelepanu ja rakendada vastavaid meetmeid.

Huvi toitumise kui raviviisi vastu tekkis mul juhuslikult. Neljandal kursusel, onkoloogia loengute ajal, teatas meie lektor dr Labotkin, et Maastricht'is toimub kliinilise toitumise alane kursus. Otsustasin sinna sõita.

Kursus osutus minu jaoks **kliinilise toitumise** kui uue meditsiini-valdkonna avastamiseks. Sellel kursusel saadud **teadmisi toitumise võimest ja osatähtsuset haiguse ennetamises ja ravis** ma unustada ei suutnud. Enesetäiendamiseks lugesin teiste riikide selle valdkonna perioodilist kirjandust, käisin konverentsidel ja hiljuti võtsin uuesti osa kliinilise toitumise kursusest.“

**Maie Laaniste** töötab Ida-Tallinna Keskhaiglas. On Eesti Allergialiidu president, oma eriala hea asjatundja, huvitav lektor.

**Raamatu teine osa** annab ülevaate eakate tegevusteraapiast. On asjaolusid, tegureid, mis võivad piirata inimese võimet ise enda eest hoolitseda, töötada, hobidega tegeleda ja suhelda. Tegevusteraapia kaudu püütakse takistada tegevusvõime ja/või selle komponentide väljalangemist, arendada või kujundada tegevusvõimet. Tegevusteraapia on seega suunatud eaka kliendi iseseisvuse suurendamisele, oma eluga toimetulemise parandamisele.

II osa koosneb kahest artiklist:

“Eakate tegevusteraapia” – autor Tiiu Tahk

“Eakate tähtsamad probleemid ja nende tegevusteraapia erinevad aspektid” – autor Ann Tamm

**Ann Tamm** töötab TÜ Kliinikumis arst-õppejõuna, on oma eriala spetsialist ja huvitav lektor.

**Tiiu Tahk** töötab Ida-Tallinna Keskhaiglas tegevusterapeudina, on oma eriala asjatundja ja huvitav lektor.

Ann Tamm ja Tiiu Tahk on lõpetanud Eesti Puuetega Inimeste Koja toetusel Oulu Kõrgema Ametikooli ja saanud tegevusterapeudi kutse. Praegu koolitavad nad oma põhitöö kõrvalt tegevusterapeutide assistente.

Kõik selle raamatu autorid on mingil moel seotud Eesti Puuetega Inimeste Koja tegevusega. Puuetega inimeste organisatsioonides on palju eakaid liikmeid, seega Sotsiaalministeeriumi eakate poliitika komisjoni tegevus puudutab ka puuetega inimeste organisatsioonide eakate liikmete huve.

Loodame, et kõik lugejad leiavad raamatust midagi endale vajalikku.

**Helve Luik**, Eesti Puuetega Inimeste Koja eestseisja, Sotsiaalministeeriumi eakate poliitika komisjoni liige

**Eha Leppik**, Sotsiaalministeeriumi hoolekande osakonna peaspetsialist, eakate poliitika komisjoni liige



# EAKATE INIMESTE TOITUMINE JA DIEEDID

\*

*Ulvi Tammer*

## **SISSEJUHATUS**

Inimkond on otsinud sajandeid niisugust toitu, mis sobiks kõigile inimestele ja samas kataks kõik organismi vajadused.

Sellist universaalset, kõigile ühtmoodi sobivat toitu ei ole. Toitu tuleb suhtuda kui ravimisse ja toime igasse organismi on isesugune. Eri- nevatel inimestel on erinevad vajadused. Eakate inimeste toiduvajadus erineb märgatavalt laste ja noorukite toitumisest. Väidetakse, et toidus peab olema 600 ainet, nendest 17 vitamiini ja 20 aminohapet. Kui midagi puudub, siis mõnda aega suudab organism oma tagavaramehhanismidega üht-teist korvata. Pikemaajaline puudus põhjustab mitme ainevahetuslüli häireid ja haigestumise.

## **MENÜÜ KOOSTAMISE SOOVITUSI**

Iga inimene reageerib toidule individuaalselt, põhjuseks on tema ainevahetuse iseärasused, toitumistavad, haigused, inimese vanus ja pärilikkus. Toitumistavad erinevad nii rahvusesti kui ka perekonniti. Viimastel aastakümnetel on eestlaste toitumistavad mõneti muutunud ja paraku mitte just tervislikus suunas. Meil on rohkesti reklaamitud tai- metoitu, toortoitu, lihtsat toitu. See on hea, kuid äärmused on igal juhul kahjulikud. Toidusse tuleb suhtuda kui ravimisse. See tähendab, et individuaalne tervislik toit on just igaühele sobiv ja maitsev toit.

## **TOIDUVAJADUSE OLENEVUS VANUSEST JA SOOST**

Isiku toiduvajadus oleneb energiakulust ning sellest, milliseid toiduaineid vajatakse kasvuks ning organite ja kudede funktsioneerimiseks.

Et 40.–50. eluaastast põhiainevahetus langeb, on vanemas eas energiakulu väiksem. Siis tuleks muuta ka toitainete vahekorda: valgu osa üldkalorsuses võiks jääda samaks, loomsete rasvade ja kolesteroolirikaste toiduainete kasutamist tuleks tunduvalt vähendada, taimsete rasvade ja liitsüsivesikute osa suurendada. Seega vähendada liha (eriti rasvase), täispiima ja piimaproduktide kogust, suurendada taimeõli tarbimist ja vajadusel (arsti soovitusel) kasutada ainult taimetoitu.

Päevane energiavajadus on üle 50-aastastel naistel 1000–1200 kcal (4186–5432 kJ), meestel kuni 1500 kcal. Peale 50. eluaastat langeb kalorite vajadus iga 10 aastaga 10%. Menopausis suureneb kaltsiumivajadus (1000–1500 mg/24h). Kaltsiumi annavad piim, keefir, jogurt, kohupiim ja piima-mahlakokteilid. Mõõdukalt süüa lahjat liha ja kala, rohkesti juur- ja puuvilja, marju (eriti jõhvikaid).

## **ESMAVAJALIKE TOIDUAINETE MÕISTE JA KOOSTIS**

Igas vanuses peab inimene sööma esmavajalikke toiduaineid kas iga päev või ülepäeviti. Nende kogus ja vahekord oleneb vanusest, soost ja energiakulust. Meil on esmavajalikud toiduained leib, piim ja piimaproduktid, juurvili, puuvili. Alates keskeast võiks kolm kuni neli korda nädalas süüa peamiselt taimetoitu (võimaluse korral rohelist). Meestel soovitatakse süüa kuni vanema eani iga päev liha. Naiste toidus võib mõni päev liha puududa ja seda võib asendada kohupiima, herneste või ubadega.

## **KAS TOIDULE ON VAJA LISADA VITAMIINE JA MINERAALAINEID?**

Kui toitainete vajadus on oluliselt suurenenud või kui toidus on vitamiine ja mineraalaineid vähe, võib kõne alla tulla nende toidule lisamine. On haigusi, mis sõltuvad ilmselt mõne vitamiini- või mineraalaine vaegusest, ka sel puhul võib arsti soovitusel neid lisada. On tervisliku toitumise eksperte, kes arvavad, et mõningast vitamiini- ja

mineraalainevaegust esineb mitmel maal. Põhjuseks on see, et nüüdisaegsed toiduvalmistamismeetodid vähendavad toidu väärtust. Igapäevane stressirohke elulaad võib samuti suurendada mõne mikrotoitaine vajadust, eriti C, E ja B-kompleksi vitamiinide osas. Probleemi lahenduseks ei ole mitte niivõrd nende toitainete lisamine toidule kui toidu mitmekesistamine ja elulaadi muutmine. Sööma peaks 3–3,5 tunniste vaheaegadega, mitte harvem.

Kokkuvõte: vitamiinide ja mineraalainete lisamine toidule ei asenda mitmekesist põhitoitu. Lisandite kasutamisel tuleks tingimata konsulteerida arstiga, sest kõikide lisandite puhul on üledoseerimise oht. Eestis on apteekides käsimüügis rikkalik valik vitamiinide ja mineraalainete, antioksüdantide, rakuenergia vabastajate jt. toidulisandite preparaate, mida tuleks mõistlikult kasutada.

## **DIEEDID**

On saanud vastuvaidlematult selgeks, et toiduga saab mõjutada keha talitlust. Selle ala uurijate hulgas on mitukümmend aastat käibel põhitõde – toidusse tuleb suhtuda kui ravimisse.

Dieedisoovitused haiguste puhul on ainult üldised, sest täpne dieet oleneb haiguse staadiumist, ravist, haige individuaalsetest iseärasustest. Seepärast saab üksikasjalikud juhtnöörid dieedi jaoks anda ainult raviarst.

## **MÕNINGAID DIEEDISOOVITUSI**

1. Toit olgu mitmekesine.
2. Süüa tuleb regulaarselt.
3. Kõhtu mitte liiga täis süüa.
4. Toidu valmistamisel arvestatagu õiget toidunõude kasutamist ja valmistamisviisi.
5. Peaks olema üldettekujutus toidu kalorsusest ja keemilisest koostisest.
6. Arvestada tuleks toiduainete sobivust.
7. Igale inimesele on just temale sobiv individuaalne dieet, mis arvestab pärilikke omadusi ja toitumistavasid.

## Täpsustusi nende soovitude juurde

Esimene soovitus kehtib nii nende jaoks, kes tunnevad end terve-  
na, kui ka neile, kellel on mõnda toiduainet vaja dieedist välja jätta.  
Kõige otstarbekam on segatoit, mis sisaldab nii taimseid kui ka loom-  
seid toitaineid. Taimseid toitaineid tuleks kasutada võimalikult palju too-  
relt. Oleme võib-olla unustanud kui hästi maitseb toores kõrvits, riivi-  
tud toores kaalikas, porgand, punapeet, kapsas. Võrreldes Eesti Va-  
bariigi aegsete tavadega on just viimastel aastatel kaldutud liigsele  
lihasöömisele ja unustatud taimsed toiduained. Taimetoitlaste seltsid on  
teinud suure töö taimetoidu propageerimisel. Kuid ka taimetoiduga ei  
tohi kalduda äärmustesse. Enamikel inimestel on siiski vaja süüa ka  
liha või kala. Piim ja piimaproductid – keefir, kohupiim ja juust – on  
igale inimesele vajalikud. On toitumisteadlasi, kes peavad kõige sobi-  
vamaks valkude, lipiidide ja süsivesikute vahekorra makrobiotilist  
dieeti. Seda dieeti nimetatakse ka pika eluea dieediks. Päeva kalori-  
sisaldusest soovitatakse anda 12% valkudega, 15% lipiididega, eriti  
rohkesti, 73%, tarvitada liitsüsivesikuid. Puhtmakrobiotilise dieedi  
soovitude hulka kuulub ka see, et toidus ei ole liha ega muna. Sellega  
ei saa siiski päris nõustuda, sest siis ähvardab üsna suurt osa inimesi  
kehvveres ja lipiidide vähesuse tõttu ka rasvu lahustuvate vitamiini-  
de defitsiit.

Teine soovitus. Organismile ei ole ükskõik, kas toiduenergiat tu-  
leb 3-4 tunni või 10 tunni tagant. Kui organism teab, et niipea jälle  
süüa ei saa, siis ta ei kasuta toiduenergiat koheseks töövajaduseks,  
vaid suunab selle igaks juhaks rasvavarudeks – ja ongi käes üleliig-  
ne kehakaal. Kõige otstarbekamaks peetakse päevas kolme toidu-  
korda sooja toiduga ja nende vahepeal lõunaoodet ja õhtuoodet  
(mõni õun või muu taimne toit – tükk porgandit, kaalikat või kap-  
sast). Ooteks sobib väga hästi ka keefir. Tänapäeval on sagedaseks  
ja peamiseks toitumisveaks vähene sooja toidu söömine, süüakse  
ainult võileibu või saiakesi. Ei tohiks unustada putrusid, suppe, juur-  
vilja-, kala- või lihapuljongit. Kõiki nimetatuid vaheldumisi. Väga hea  
puljongi saab kartulitest. Kooritud kartulite veidi ülekeetmisel saab  
erakordselt maitstva puljongi, millele võib veel maitserohelist lisada.  
See puljong on ka väga hea kurgurohi – nii kõha puhul kui ka kõha

ärahoidev. Muidugi peavad kartulid olema kasvatatud kemikaalivabalt. Tuleb ka meeles pidada, et magama ei minda päris näljasena, siis ärkate öösel üles, et süüa.

Täienduseks neljandale soovitusele. Toiduvalmistamiseks ega toidu säilitamiseks ei tohiks kasutada alumiiniumnõusid. Kahjulikuks peetakse ka toidu lahtisel tulel kuumutamist ja suitsutamist. Liiga tugevasti praetud toidud ei ole tervislikud. Parim valmistamise viis on hautamine. Kõvasti segiklopitud rasvarikkad toidud (jäätis, majonees, vahukoor) ei ole tervislikud. Jätame nendega hüvasti ja oleme palju tervemad.

Viienda soovituse juurde võiks lisada, et vaevalt keegi ilma arvuti-programmita jõuab väga täpselt arvutada oma menüü päevast kalorisaldust ja keemilist koostist. Küll aga peaks olema üldine ettekujutus sellest, mida süüakse.

Ühel toidukorral soovitatakse süüa ainult ühte tüüpi valku (lihatooted, muna jne). See soovitus kehtib eriti lastele ja vanemate inimestele.

Seitsmenda soovituse juures on vaja meeles pidada, et mõõdukalt on soovitatud tarvitada taimeõlisid: päevalilleõli, maisiõli, oliiviõli. Need õlid sisaldavad polüküllastamata rasvhappeid ja vitamiin E-d, mis on tähtis ateroskleroosi profülaktikas. Polüküllastamata rasvhapped stimuleerivad kaitsemehhanisme ja tõstavad vastupanuvõimet nakkushaigustele. Vitamiin E aitab ära hoida liigse oksüdatiivse stressi teket. Peale selle stimuleerivad taimeõlid sapieritust.

Eriti head on idandatud terad. Väga hea on idandada ka herneid. Taimetoitlased on kõnelnud seemnete idandamisest ja toortoidu väärusest palju, seepärast piirdume eespool öelduga. Võib veel lisada, et ärgem unustagem pihlakamarju: parim gripirohi on pihlakamarjad meega. Mees säilivad pihlakamarjad hästi. Iga päev võib süüa mõne kuivatatud pihlakamarja või valmistada neist teed. Kindlasti võib soovitada ka astelpaju marju (nii toorelt, kui külmutatult).

Kaheksas soovitus. Igaühel on oma lemmiktoidud ja need toidud, mis talle eriti ei meeldi. Toidu meeldivuse või mitte-meeldivuse määrab inimese ainevahetuse tüüp, mis väliselt väljendub kehaehituses.

## **Mõningaid soovitusi vanematele inimestele**

Vanemas eas (alates 40. eluaastast) on põhiainevahetus mõnevõrra langenud, võrreldes eelmise, kõige aktiivsema eluperioodiga. See tõttu väheneb mõnevõrra kogu energiavajadus. Meeste ja naiste erinevus jääb ka siin püsima. Keskmise energiatarve vanemas eas naistel on umbes 1200–1400 kcal, meestel veidi suurem. Vanemas eas võiks taimsete valkude osatähtsus olla suurem, loomsete osa veidi väiksem. Ei ole õigustatud soovitada kõigile vanematele inimestele ainult taimetoitu. Vanemas eas peab saama täisväärtuslikku valku. Võimalikult vähe süüa kolesteroolirikkeid toiduaineid: juust, rasvane kohupiim, rasvane sealih, kanalih, eriti kana nahk, kõik nahad, kõik siseelundid – süda, kops, maks, neerud, ajud. Veretoidud ei ole väga kolesteroolirikad. Eakatele inimestele sobivad hästi leib, pudrud, hautatud loomaliha, ka piim ja piimasaadused: keefir, kohupiim, juust (ainult mõõdukalt). Kui nooremas eas soovitatakse täiskasvanule kuni 1 l piima või keefirit, lisaks veel kohupiima, siis vanemas eas sobivad peamiselt fermenteeritud piimatooted, rõõsk piim sageli ei sobi.

## **TERVISLIKU TOIDU VALMISTAMINE**

Proovi arvesse võtta tervisliku toitumise teetähiseid: 1) püsi õiges kehakaalus, 2) toitu korrapäraselt, 3) vähenda küllastatud rasvhapete tarbimist, 4) vähenda soola tarbimist, 5) piira suhkrurikaste toitude tarbimist, 6) säilita tervislikud alkoholi tarbimise harjumused ning tasakaalusta erinevate toiduainete proportsioone igapäevases menüüs. Lemmikretsepte saab hõlpsasti pisut ümber teha, vähendades soola ja rasva koguseid ning tasakaalustada toidukorrad glükeemiliselt, süües näiteks leiba, puuvilju või köögivilju.

### **Vähenda rasva tarbimist**

- Rasvas praadimise asemel tasub toiduaineid grillida, aurutada, hautada, rasvata praadida või hoopis küpsetada.
- Kasuta või asemel lahjat margariini ja pane võileivale vähendatud rasvasisaldusega juustu.
- Valmista kastmed jahu-võisegu asemel jahust ja vedelikust.

- Kasuta toiduks ainult taist liha või linnuliha ning lõika kogu nähtav rasv ning nahk enne toiduvalmistamist ära.
- Pärast valmistamist riisu toidult rasv ära.
- Söö senisest enam liha asendavaid proteiiniallikaid (kaunviljad, tofu- ja sojapõhised proteiinitooted).
- Kasuta toidukordade alusena rohkem tärklisist sisaldavaid süsivesikurikkaid toiduaineid nagu bulgurnisu, pastatooted, riis ja muud teraviljad.
- Tarvita toiduks rohkesti polüküllastamata rasvhappeid (oliiviõli, rapsiõli ja pähkliõlid) või monoküllastamata rasvhappeid (päevalilleõli, värvohaka õli, soja-, maisi- ja viinamarjaseemneõli) sisaldavad õlisid ja rasvu.
- Vali poeriiulilt vähese soolasisaldusega margariin ja rasvu.

### **Poeskäigu 10 kuldreeglit**

- Vali lahjad piimatooted, täispiima asemel kooritud või vähendatud rasvasisaldusega piim, koorejogurti asemel lahja jogurt ja või asemel lahja, vähendatud rasvasisaldusega leivamargariin. Kasuta vahukoore asemel *crème fraîche*'i või lahjat kohupiimapastat.
- Osta taist liha ja linnuliha.
- Osta varuks konserveeritud kala ja säilita köögikapis.
- Varu piisavas koguses ja sortimendis toiduõli (näiteks seesamiseemne-, kreeka pähkli- ja oliiviõli) ning mitmekesine valik vürtse ning kuivatatud, konserveeritud või külmutatud ürte.
- Sinep, maitsestatud äädikad, balsamiädikas, sojakaste, Tai kalakaste, Worcesteri kaste ja Tabaco on samuti kasulikud köögikapi asukad.
- Kasuta tavalise lauasoola asemel alternatiivseid tooteid nagu vetikasool ja meresool. Kuigi ka need tooted sisaldavad naatriumi, on selle kontsentratsioon siiski madalam. Kasuta tavaliste puljongikuubikute asemel vähendatud soolasisaldusega varianti.
- Kasuta salatite kiireks ja meeldivaks maitsestamiseks madala kalorsusega või rasvavabu salatikastmeid, kuid jälgi seejuures kastmete soolasisaldust.

- Teraviljatooted nagu kaerahelbed, riis, pastatooted, odrakruubid, bulgurnisu ja kuivatatud oad ning kaunviljad võivad olla suu- repärase kosutava eine põhialuseks.
- Konserveeritud tomatid ja magus mais asendavad vajadusel toiduportsjonis vajalikke köögivilju.
- Konserveeritud ja kuivatatud puuviljad on samuti kasulikud.

## **MIKS VÄHEM RASVA?**

Selleks, et toit oleks tervislik, peab meie toidusedel sisaldama ka rasva. Rasv annab toidule parema maitse ja on väärtuslik energia allikas. Kuid enamik inimesi sööb rasvaineid rohkem kui nende organism seda vajab. Seetõttu tuleks toitude rasvasisaldust vähendada (kuid mitte rasva kasutamisest täielikult loobuda). Vähem rasva sisaldav toit vähendab nii kehakaalu kui ka ohtu haigestuda südamehaigustesse ja diabeeti.

Rasvad sisaldavad küllastunud ja küllastumata rasvhappeid. Küllastumata rasvhapped jagunevad omakorda polüküllastumata ja monoküllastumata rasvhapeteks.

Toidus tuleks vähendada just küllastunud rasvhapete osatähtsust, sest need suurendavad vere kolesteroolisisaldust ning südamehaigustesse haigestumise ohtu. Põhiliselt sisaldavad küllastunud rasvhappeid loomsed tooted (piimatooted ja liha), kuid samuti tahked rasvad, hüdrogeenitud taimsed rasvad või õlid.

Polüküllastumata rasvhapped on väikeses koguses tervisele kasulikud. Arvatakse samuti, et nad vähendavad vere kolesteroolisisaldust. Polüküllastumata rasvhappeid leidub taimsetes õlides (päevalille-, maisi- ja sojaõli) ning rasvasemas kalas. Mõningatel andmetel on ka monoküllastumata rasvhapped tervisele kasulikud. Monoküllastumata rasvhapete allikaks on oliivi-, rapsi- ja arahhiseõli, samuti avokaado ja mitmed pähklisordid.

## **MIKS VÄHEM KOLESTEROOLI?**

Kolesterooli leidub iga inimese veres ning see on väga vajalik hormoonide, lihas- ja närvirakkude ning seedimise oluliste sapisoolade moodustamiseks. Sageli on rõhutatud, et vere suur kolesteroolisisal-



dus tõstab arteroskleroosi riski ja võib põhjustada südame pärgarterite umbumist koos järgneva südameinfarktiga.

Liigne kolesterool sadestub arterite seintele, põhjustades nende ahenemist. Kõrge kolesteroolitase veres on tavaliselt tingitud rasvarikaste, eriti küllastunud rasvhapete rikaste toitude söömisest. Küllastunud rasvhapeterikka toidu liigse söömise tagajärjel toodab organism rohkem kolesterooli kui ta seda vajab, ning takistatud on liigse kolesterooli väljaviimine organismist.

Kuigi selliste kolesteroolirikaste toiduainete nagu munakollase, juustu, või, subproduktide ja koorikloomade söömine ei suurenda enamikul juhtudel märgatavalt vere kolesteroolisisaldust, on siiski parem, kui sööte neid toite harvemini ja mitte väga suurtes kogustes.

### **Lihtsaid soovitusi rasva ja küllastunud rasvhapete vähendamiseks toidus**

**Sööge vähem** võid ja tahkeid rasvu. **Selle asemel** määrige leivale õhem kiht võid või kasutage polüküllastumata rasvhappeid sisaldavat margariini.

**Sööge vähem** pekist liha ja suure rasvasisaldusega tooteid nagu pirukad ja vorstid. **Selle asemel** ostke taist liha, kui eelarve võimaldab, või kasutage vähese rasvasisaldusega liha nagu nahata kana- ja kalkuniliha. Eelistage vähendatud rasvasisaldusega vorsti- ja lihatooteid. Sööge võimalikult palju kala.

**Sööge vähem** rasvarikkaid piimatooteid nagu koor, võimargariin, täispiim ja rasvarikkad juustusordid. **Selle asemel** eelistage rasvata või vähese rasvasisaldusega piima ja piimatooteid, väherasvast jogurtit, kohupiimapastat ja kodujuustu, samuti vähendatud rasvasisaldusega juuste.

**Sööge vähem** toitu, mille valmistamiseks on kasutatud tahkeid rasvaineid, nagu margariin ja searasv. **Selle asemel** kasutage polüküllastumata rasvhappeid sisaldavaid õlisid, nagu päevalille, oliivi-, maisi- või sojaõli.

**Sööge vähem** rasvarikkaid salatikastmeid nagu majonees ja hapukoor. **Selle asemel** valmistage salatikastmeid väherasvasest jogurtist, kohupiimapastast või kasutage tervislikku õli.

**Sööge vähem** praetud toite. **Selle asemel** grillige, küpsetage, keetke, hautage või valmistage toit mikrolaineahjus; liha küpsetage restil. Sööge rohkem tärkliiserikkaid toite nagu makaronid, riis, *couscous*; kartulikrõpsudele eelistage mundris keedetud kartuleid.

**Sööge vähem** toiduvalmistamisel lisatud rasva. **Selle asemel** kasutage paksupõhjalisi või mitterakkuvaid toidunõusid, valmistage toit väheses rasvaga või üldse rasva lisamata.

**Sööge vähem** suure rasvasisaldusega suupisteid, nagu šokolaad, koogid, küpsised jt. küpsetised. **Selle asemel** sööge värskaid või kuivatatud puuvilju, toorest köögivilja ja näkileibu; küpsetage ise väheses rasvasisaldusega kooke.

## DIEEDID

Eakatel inimestel esineb sageli kroonilisi haigusi, siinkohal anname dieedisoovitusi erinevate tõbede puhuks.

### DIEET MÕNINGATE NÄRVIHAIGUSTE PUHUL

Parkinsoni tõbi areneb vanemaealistel (60–70a.) ja on kesknärvisüsteemi degeneratiivne haigus, sümptomiteks liikumise aeglus, lihaste nõrkus, raskused liigutuste alustamisel ning kontrollimatu värisemine. Sageli on suu sulgemise, mälumise- ja neelamisraskusi.

Söödava valgu koguse vähendamine päeval ligikaudu 7 grammini ja normaalses koguses valgu söömine õhtul kergendab paljude patsientide seisundit.

### DIEEDISOOVITUSI LIIGSE KEHAKAALU PUHUL

Mõõdukaks rasvumiseks peetakse üle 10–20% ideaalsest kehakaalust, üle 20% on silmanähtav rasvumine. Et toiduvajadus ja ainevahetus oleneb kehaehituse tüübist, siis kalduvad kergemini rasvuma kindla kehaehitustüübiga isikud. Lepotosoomne tüüp (sale, pikk, kitsas) ei pruugi söödud toiduhulgale erilist tähelepanu pöörata, normaalne kehakaal säilib kergesti. Seevastu püknilisel tüübil (lühike ja lai) on normaalse kehakaalu säilitamiseks vaja pöörata dieedile suurt tähelepa-

nu. Eriti on seda tüüpi naistel probleeme raseduse ajal ja pärast laste sündimist. Seda tüüpi meestel on pärast 40.–50. eluaastat samuti probleeme normaalse kehakaalu säilitamisega. Paraku on püknilisel tüübil isu enamasti hea ja küllastustunne söömisel tekib aeglaselt.

Püknilise kehaehitusega inimesel, eriti vanemas eas, tuleks mõnevõrra vähem süüa ja eriti silmas pidada söögikordade arvu. See peaks olema 5–6 korda päevas. Toiduhulga jaotus hommiku-, lõuna- ja õhtusöögi vahel oleneb kõige rohkem üldisest elurütmist. Sooja toitu peaks sööma vähemalt 2–3 korda päevas. Viimane söögikord olgu vähemalt 1 tund enne magamaminekut. See võiks koosneda klaasist taimeteest väheste lisanditega: tükike leiba, mõni õun jt. Püknilisel tüübil on eriti näidustatud üks koormusvaba päev nädalas. Kergem on pidada seda päeva alati kindlal nädalapäeval. Koormusvabal päeval võib toituda mitmeti.

Näiteks: 1) **salatipäev**: hommikul juurvili, õhtupoolikul puuvili; 2) **keefiripäev**: 0,5 l keefirit päevas; 3) **õunapäev**: päeva jooksul umbes 0,5 kg õunu. Iga variandi puhul jaotada kogu päeva toit samuti nagu tavaliselt. Koormusvabal päeval tuleb tarvitada 1–1,5 l vett. Vett tuleks juua leigena ja siis, kui tekib tugev nälgjatunne – see aitab ka nälgjatunnet leevendada. Koormusvabade päevade ja kogu dieedi korraldamist on vaja tingimata konsulteerida arstiga. Tuleb hoiduda liiga kiirest kehakaalu vähendamisest, päevas mitte rohkem kui 100–200 g. Üldiselt on raskem üleliigset kehakaalu vähendada kui sellest hoiduda. Liigne kehakaal kujuneb kergemini teatava ainevahetustüübi puhul. Ülekaalulisus tekib sageli juba lapseas ja on mõningal määral pärilik. Ülekaalulisuse põhjuseks on tihti ka perekondlikud toitumisharjumused ja elustiil, vähene kehaline aktiivsus, korrapäratu söömine jne. Ülekaalulised ootavad sageli arstidelt imerohtu kehakaalu kiireks alanamiseks. Imerohtu ei ole, kõik oleneb tahtekindlusest ja oskusest dieeti pidada ilma erilise emotsionaalse pingeta. Kergem on kui perekond ja lähedased toetavad isikut, kes peab oma ainevahetustüübi tõttu üsna ranget dieeti hoidma.

## DIABEET JA DIEET

Üldised nõuanded dieedi pidamiseks on kõigile diabeetikutele ühised (tervisliku toitumise põhimõtted, toiduainete asendamine jne). Et aga iga inimene on isepärane ning raviskeemid erinevad, on nõuanded ja soovitusedki üldist laadi. Igal konkreetsel juhul pidage nõu oma raviarsti või diabeediõega.

II tüüpi diabeet avastatakse tavaliselt kesk- ja vanemas eas. Sagedasi on II tüüpi diabeetikutel liigne kehakaal, kõrge vererõhk ja kõrge kolesterool tase, (kolesterool jne) seda nimetatakse metaboolseks sündroomiks. Mitmed uuringud on näidanud, et sobiv dieettravi mõjutab kogu ainevahetust positiivselt.

II tüüpi diabeedi korral ei ole tegemist mitte lühiaegse dieediga, vaid küsimus on eluviisi muutmisel.

Diabeedi korral peab veresuhkru tasakaalu säilitamiseks kindlasti arvestama süsivesikute hulka toidus.

Süsivesikud (sahhariidid) on toitained, mis koosnevad peamiselt mitmesugustest suhkrutest ja tärglisest ning muudetakse organismis veresuhkruks.

Näiteks: glükoos = viinamarjasuhkur

fruktoos = puuviljasuhkur

sahharoos = tavaline ehk roosuhkur

laktoos = piimasuhkur

Tärglis on süsivesik, mis koosneb tuhandetest üksteisega liitunud glükoosi osakestest.

Tärglisest ja suhkrutest saadakse suurem osa toiduenergiast. 1 gramm süsivesikuid annab 4 kcal energiat. Söödud süsivesikud imenduvad soolestikus. Need muudetakse glükoosiks ja edasi juba veresuhkruks. Vere kaudu transporditakse vajalik toitainet rakkudesse. Seejärel tõusebki veresuhkru tase peale süsivesikuterikka toidu söömist.

II tüüpi diabeet suurendab riski haigestuda südame-veresoonkonna haigustesse, seetõttu tuleb suurt tähelepanu pöörata söödava rasva koostisele ja kogusele

Ülekaal on sageli diabeeti vallandavaks teguriks, seetõttu tuleb va-

jadusel vähendada kehakaalu ja püüda seda säilitada normaalsel tasemel. Kaalu langetamisel on vajalik vähendada kogu söödava toidu hulka, kuid kõige enam nn kõva ehk loomse rasva osa. Kõvaks rasvaks loetakse kõigis piima- ja lihatoodetes olevat rasva (ka kookosrasva).

Haiguse alguses saavutatakse tavaliselt veresuhkru taseme paranemine juba 10 % kaalulangusega. Kaalulangetamine on vajalik kui kaaluindeks on üle 27. Kui diabeetik on aga normkaaluline, siis täiendav kaalulangetamine efekti ei anna.

Kaalulangetamist alustada aeglaselt, soovitame vähendada toidu kalorsust 500 kcal võrra. Sellega kaasneb tavaliselt kaalulangus ½ kg nädalas.

Diabeetiku muutunud toitumine on alguses märgata veresuhkru taseme alanemise ja alles seejärel kaalulangusena.

Kehakaalu vähendamine ja saavutatud tulemuse hoidmine ei tähenda ainult kindla kalorsusega dieeti, oma osa on siin energia kulutuse suurendamisel. Näiteks pooltunnine jalutuskäik kulutab energiat 100 kcal.

Igasugune liikumine ja füüsiline koormus aitab kaalu langetada. See alandab ka veresuhkru ja vereraskvade taset ja aitab hoida kontrolli all vererõhku.

Veresuhkru seisukohast ei ole ülekaalulisele diabeetikule eriti oluline mitu korda päevas ta süüa, kui vaid toiduhulk on kontrolli all. Siiski oleks parem kui välditakse pikki toiduvaheaegasid. Pika vaheaja järel võib olla väga raske hoiduda söömast ülemäära palju. Väiksemate portsjonite kaupa söömine tasandab ka veresuhkru kõikumisi.

### **Toitumisrütm võiks olla näiteks järgmine**

1. Hommikusöök pärast ärkamist.
2. Lõuna keskpäeval.
3. Kohv või muu vaheine pealelõunal.
4. Öhtusöök.

Tuleb jälgida, et toidukogused oleksid piisavalt tagasihoidlikud.

## Soovitused diabeetiku dieediks

- Diabeetiku toit peab olema mitmekülgne.
- Viljatooteid kasutage piiratult.
- Kasutage täisteratooteid, sest kiudained aeglustavad süsivesikute imendumist ja seega on veresuhkru tõus aeglasem.
- Põhitoidukordadel kasutage kartulit, riisi, tatart, makaronitooted piiratult.
- Kõõgivilju, puuvilju ja marju võib süüa rohkesti.
- Piira rasva kasutamist nii leivale määratuna, kui ka toiduvalmistamisel.
- Taimeõlide, margariinide ja muude pehmete rasvade kasutamine on kasulik südamele ja veresoontele (kaloreid annavad sama palju kui teisedki rasvad).
- Vorsti, sinki, juustu jne kasutage vähe, asenduseks sobib kala.
- Kui otsustate siiski vorsti või juustu kasutada, siis valige võimalikult vähese rasva- ja soolasisaldusega tooted.
- Piimatoodetest eelistage vähese rasvasisaldusega tooteid. Piimatooted ei sobi nn janujoogiks, vaid neid tuleb arvestada kui toitu.
- Toidu magustamiseks võib kasutada erinevaid magustusaineid. Ka väike kogus tavalist suhkrut on lubatud. Rasva vältimine on märksa olulisem. Parem on kohvilauas süüa väike tükk suhkruga magustatud marjakooki kui viinerit või pasteeti. Küpsetiste valimisel tuleb meeles pidada, et diabeetikule ei sobi leht-, või- ja muretaignast valmistatud tooted (liiga suure rasvasisalduse tõttu).
- Janujoogiks sobib vesi, mineraalvesi, kohv, tee, taimeteed, lahjendatud naturaalne mahl (1 osa mahla ja 6 osa vett).
- Lisaks toiduvalikule ja liikumisele vajavad osa II tüüpi diabeetikust veresuhkrut alandavaid tablette või insuliini ning samuti ka vererõhku ja vererasvasid normaliseerivaid ravimeid.

- Alati tuleb konsulteerida oma raviarsti, diabeediõe või dietoloogiga, et määrata teile sobivad toidukogused. Mis sobib naabrile, ei pruugi sobida teile.

## **ARTRIIT JA DIEET**

### **Reumatoidartiiit ja dieet**

Mõningast efekti on saadud kalaõliga. Et kalaõli sisaldab T-3-rasvhappeid, mis osalevad prostaglandiinide sünteesis, siis näib selle asjaoluga olevat seotud kalaõli põletikuvastane toime. Kalaõli soovitatakse süüa kolm korda nädalas.

Osa autoreid soovitab süüa reumatoidartriidi puhul peamiselt tai-metoitu, liha vähem. Loomse valgu vajadus kaetakse kala ja muna-dega. Piima ja piimatoitude kogust soovitatakse vähendada. On autoreid, kes väidavad, et selline dieetravi on reumatoidartriidi puhul tulemusrikas. Sageli kaasneb reumatoidartriidiga aneemia. Põhjuseks näib olevat see, et raud ei vabane rauda verre transportivatest kandjatest. Peale selle võib patsientidel, kes tarvitavad pikemat aega aspiriini, tekkida verevalumeid seedekulglas, mistõttu võib areneda verekaotus-aneemia.

### **Puriiniainevahetus ja dieet podagra puhul**

Puriiniainevahetuse häire puhul tekib podagra. Selle haiguse puhul on kusihappeainevahetus häiritud ning kusihappesoolad ladestuvad liigestes. Podagra puhul ladestuvad liigeste piirkonnas kusihappesoolad ning põhjustavad valulikkust ja põletikku. Kui seni on podagrat peetud peamiselt geneetilise päritoluga haiguseks, siis viimase aja halvaks uudiseks on see, et podagra areneb vererõhku alandavate ravimite kõrvalnähuna.

Tavaliselt algab podagra suure varba liigeste piirkonnas, hiljem võib levida põlveliigete ja harva ka vaagnaliigete ja lülisamba piirkonda. Dieet on range. Tuleb vältida järgmisi toiduaineid:

- a) maks, neerud, sardiinid;
- b) suitsetatud liha ja kala;
- c) kõik lihaekstraktid ja -puljongid (eriti kanaliha);

- d) oad, herned ja külmutatud konserveeritud aedviljad;
- e) kuivatatud puuviljad, välja arvatud kuivatatud ploomid.

Suuremate alkoholiannuste kasutamine võib põhjustada piimhappe teket, mis pärsib kusihappe eritamist neerude kaudu, ning esile kutsuda akuutseid atakke. Seepärast on alkohol lubatud ainult väga väikestes annustes. Kohvi suhtes on arvamused vastukäivad: mõned arstid soovitavad kohvi tarvitamist vähendada kuni ühe tassini päevas, teised lubavad mõõdukalt kohvi joomist (2–3 tassi päevas).

Kui podagraaga kaasnevad rasvumine, kõrge vererõhk, südame pärgarterite lubjastumine, vere lipiidide sisalduse tõus, siis tuleb kasutada vastavate haiguste jaoks sobivat dieeti. Kui tahetakse vähendada üleliigset kaalu, siis teha seda aeglaselt ja mõistlikult. Kiirel kehakaalu langetamisel akumulēuvad ketokehaded, mille tagajärjel tõuseb vere kusihappesisaldus.

Podagra puhul peab tarvitama vedelikku vähemalt 2 liitrit päevas. See põhjustab küllaldase uriinihulga ja kindlustab sellega kusihappe väljutuse kehast. Soovitatavad on mahlad. Toiduvalgu heaks allikaks on kohupiim, hapupiim, jogurt. Vähesel määral võib süüa hautatud noorloomade liha. Haiguse ägenemisel tuleks jälgida täpset dieeti, vähem liikuda ja rohkem higistada (kerge saun). Toidu valgusisaldus ei tohiks olla liiga kõrge. Rasvu võiks tarbida nagu tavaliselt. Süsivesikuid on soovitatav anda liitsüsivesikutena.

## **NEERUHAIGUSED JA DIEET**

Nagu eespool märgitud, on soovitatav jaotada toidukomponendid kalorsust arvestades nõnda, et 55–65% kaloritest antakse süsivesikutega, 12–15% valkude ja ligi 30% rasvadega. Toidu kolesteroolisisaldus ei tohi ületada 500 mg päevas, millest imendub maksimaalselt 300 mg.

Neidsamu soovitusi võiks üldjoontes arvestada ka neeruhaiguste puhul. Siiski tuleks vähendada valkude ja süsivesikute kogust, see omakorda aitab vähendada üldist kaloreid hulka. Lühisoovitused neeruhaiguste puhul.

1. Püüda säilitada normaalset kehakaalu.



2. Jälgida, et ei tekiks alatoitluse sümptomeid.
3. Dieediga ei tohiks neerusid koormata.
4. Jälgida elektrolüütide bilanssi.
5. Vältida ureemia arenemist.

### **Dieet kroonilise neeruhaiguse puhul**

Kroonilise neeruhaiguse puhul on sageli alatoitluse oht. Siis on vaja pöörata tähelepanu täisväärtuslike valkude sisaldusele toidus. Soovitatakse loomseid valke nagu vähese rasvasisaldusega piim, kohupiim, munavalge, kala, kanaliha. Taimsete valkudega ei tohiks liialdada. Menüüs võib vastavalt arsti ettekirjutusele olla leib, riis, puu- ja juurvili. Tuleb jälgida, et söödud toit ei sisaldaks palju kolesterooli, sest krooniliste neeruhaiguste puhul on vere kolesterooli- ja triglütseriidide sisaldus kõrge. Naatrium ja kaalium – tuleb määrata nende elektrolüütide bilanss 24 tunni jooksul ning olenevalt seisundist piirata naatriumi kasutamist. Naatriumi piiramine on vajalik tursete ja kõrge vererõhu puhul. Naatriumi on mitmes toiduaines, ka joogivees, seepärast tuleb toidule keedusoola lisamisega olla ettevaatlik, teha seda vastavalt raviarsti soovitusel. Fosfor ja kaltsium – nende mõlema sisaldust tuleb neeruhaigetel hoolega jälgida. Sellepärast antakse lisaks toidule 500 mg kaltsiumipreparaate, et päevane kaltsiumikogus oleks 1500 mg. Paljud toidud, mis sisaldavad palju valku ja kaltsiumi, sisaldavad ka palju fosforit: kohupiim, lahja liha jm. Seepärast saab nende tarbimise piiramisega vähendada fosfori määra. Teistest toidukomponentidest on vaja jälgida vitamiinide B, C ja foolhappe vajaduse rahuldamist, vajadusel lisada preparaate. Rasvlahustuvate vitamiinide A, E ja K lisamine ei ole vajalik.

Kaltsium-ainevahetuse korrastamiseks soovitatakse lisada väikseid vitamiin D annuseid.

### **Neerukivitõbi ja dieet**

Neerukive on 4 tüüpi: kaltsiumikivid, kusihappe-, magneesium-ammooniumfosfaat- ja tsüstiinkivid. Umbes 90% kõikidest kividest on kaltsiumoksalaat- või kaltsiumfosfaatkivid. Tsüstiinkivid tekivad kaa-

sasündinud metaboolse haiguse puhul. Neerukivide tekkepõhjused ei ole selged, kuid asjaolu, et mõnes piirkonnas on neerukive sagedamini, on viinud arvamusele, et neerukivide teke võib sõltuda toidust. Kivid tekivad kuseteedes, esmajoones neeruvaagnas ja põies siis, kui uriinis on rohkesti aineid, mis võivad sadestuda. Need ained on kaltsium, mitmesugused fosfaadid ja oksalaadid, kusihape ja tsüstiin. Oluuline on alati küllaldane vee tarbimine, sest mida rohkem tekib uurini, seda lahjem see on ja seda vähem soolasid ladestub. Oluline on ka uriini reaktsioon, sest osa kive ei moodustu happelises, osa aluselises keskkonnas. Toidusõltuvus on tähtis kaltsium- ja kusihappekivide puhul.

Pooldatakse soovitud, et kaltsiumi hulk toidus võib olla normaalne, kuid piirata tuleb oksalaadirikkaid toite. Need on pähkliid, šokolaad, puuviljamahlad, roheline salat, spinat, rabarber, tomat ja punapeet. Oksalaatkivide teke on seotud ka toidu rasvasisaldusega.

Oksalaatkivide teket võib soodustada vitamiin C megadooside kasutamine.

Kusihappekivide dieediks tarvitada vähem valke, eriti neid, mis sisaldavad puriine. Puriinirikkad on maks, neerud, süda, heeringas. Järgnevalt loetletud toidud sisaldavad 50–150mg puriine 100 g kohta, mistõttu neid võib kusihappekivide ohu puhul süüa ainult üks kord päevas: liha (eriti kanaliha), oad, seened, spinat, täisteratoit, kala, eriti sardiinid. Lubatud on valgusisaldusega toidud, mis ei sisalda puriine: piim ja piimaproduktid, muna, tavaline leib ja sai, mõõdukalt võid ja rasva, suhkrut ja magusaineid, pähkleid, juur- ja puuvilju, mis ei ole keelatud. Neerukivide ja dieedi seoseid kokku võttes võib tõdeda, et neerukivide tekke ohu korral tuleks rakendada piiranguid, mis olenevad kivide koostisest. Peale toidu peaks pöörama tähelepanu ka joogi mineraalainete sisaldusele ning hoiduma olukordadest, kus organism kaotab palju vett.

## **KASVAJAD JA DIEET**

Ülekaalulisus ja rikkalik rasv toidus loovad tingimused mõnede kasvajakvormide arenguks.

Arvatakse, et toit ja vähk on seotud kolmel viisil:

a) mõned liigsed toidukomponendid suurendavad vähiriski;

- b) mõned mõõdukalt kasutatud toidukomponendid vähendavad vähiriski;
- c) inimesel, kel on juba vähk, saab toiduga parandada elu kvaliteeti ja suurendada vastupidavust teraapiale.

### **Vähahaigete toitumine**

Vähahaigeid tuleb innustada sööma. Kui vähk on tekkinud ja areneb, ei tohi toidupiiranguid teha!

### **Soovitused neile, kel pole veel vähki**

- Toit olgu vaheldusrikas, tasakaalustatud ja mõõdukas. Mida vaheldusrikkam, seda tõenäolisemalt on seal vähivastaseid toiduaineid. Mida mõõdukam, seda kindlam, et ebasoovitavaid toiduaineid ei ole liiga palju.
- Säilita ideaalne kaal. Ülekaalulistel inimestel on 50% suurem vähirisk kui saledatel soo- ja eakaaslastel.
- Vähenda toidurasvade kasutamist.
- Söö regulaarselt värsket juur- ja puuvilja.
- Kasuta mõõdukalt soola, alkoholi ja pipart.
- Ära suitseta.

Jätkem meelde, et vähiriski suurendavad liigsed kalbrid, liigne rasv toidus ja kehas, liigne valk toidus, alkohol, nitritid ja nitraadid, pestitsiidid, mitmesugused toidulisandid ja säilitusained. Soolatud, suitsetatud ja marineeritud liha tarbimine suurtes kogustes on samuti ohtlik. Süües neid mõõdukalt, ei tohiks toidu nitraadid ja nitritid eriliseks riskifaktoriks olla.

### **DIEEDISOOVITUSI SAPIKIVITÕVE, MAKSAHAIGUSTE JA SAPIPÕIEPÕLETIKU PUHUL**

Sapikivitõve põhjuseks on sapipigmentide ainevahetuse häire, sapi koostisosade sadestumine ja kivide moodustumine. Sapikivitõbi on sage haigus.

Maksahaiguste hulka kuulub hepatiit, sapikivitõbi ja sapipõiepõletik.

## **Dieedisoovitusi hepatiidi puhul**

Heapatiidi puhul soovitatakse mitmekesisist mitteärritavat dieeti. Valgud peaks saama lihast, kalast, munast, piimast ja piimaproduktidest ning teraviljadest. Rasvakogust ei ole vaja rangelt piirata. Rasvad saadakse piimast ja piimaproduktidest, samuti munast. Süsivesikuid peaks saama küllaldaselt, kuid mitte kontsentreeritud kujul. Et nendel haigetel on halb isu, tuleb isu parandamiseks kasutada lahjendatud mahlu. Supid võiksid olla peenestatud juurviljaga, soovitavalt lihavabad. Liha peaks olema lahja ja hautatud. Piimatoodetest on hea ainult värske kohupiim, ära tuleb jätta juust. Keelatud on eeterlikke õlised sisaldavad juur- ja puuviljad: sibul, redis, rõigas, apelsin, melon. Keelatud on alkohol, õlu, gaseeritud vesi, vürtsised või praetud toidud, külmad joogid, jäätis. Juurviljasalatile lisada taimeõli. Süüa tuleb tihti ja vähe, mitte liiga hilja õhtul.

## **Sapikivitõbi**

Sapikivitõve ärahoidmiseks on soovitatud kolesteroolivaba ja kiudainerikast dieeti, kuid äärmuslik dieet ei ole ennast õigustanud. Mitmekesine dieet mõõdukas koguses lahja lihaga arvatakse olevat sobivaim.

## **Sapipõiepõletik**

Ägeda sapipõiepõletiku korral peaks kõiki toite serveerima püreena ja soojalt. Põletiku algul võik kogu toit olla vedel, kasvõi ainult sooja lahjendatud mahlana. Hiljem anda riivitud ja tükeldatud toite, manna ja kaerahelbetummi või vedelaid putrusid. Võib kasutada rasvavaba värsket kohupiima. Kala ja tailiha süüakse hautatult või keedetult. Marineeritud ja teravamaitseelised toidud on keelatud. Kroonilise sapipõiepõletiku võivad muuta ägedaks teravamaitseeline toit, alkohol, külmad gaseeritud joogid, käärimisprotsesse soodustav toit. Sapipõiepõletiku ja sapikivitõve puhul on heaks valguallikaks muna, mida võiks süüa 2–3 korda nädalas. Dieedisoovitused nii maksahaiguste kui ka sapikivitõve puhul olenevad haiguse staadiumist ja raviprotseduuridest, mistõttu üksikasjad tuleb täpsustada ravi käigus.

## RETSEPTID

### Täidetud sidrunimaitiselised kabatšokid

Valmistusained 4 inimesele:

- 4 umbes 175grammist kabatšokki
- 5 ml /1tl päevalilleõli
- 1 purustatud küüslauguküüs
- 5 ml /1tl jahvatatud sidruniheina
- 1 /2 sidruni mahl ja riivitud koor
- 115 g keedetud pikateralist riisi
- 175 g poolitatud kirsstomateid
- 30 ml /2 sl röstitud akažuupähkleid
- soola ja musta pipart
- kaunistuseks tüümianivõrseid

Kuumutage ahi 220 kraadini. Lõigake kabatšokid pikuti pooleks, sisu kraapige teelusikaga välja. Hoidke neid kuumas vees 1 minuti jooksul ja nõrutage hoolikalt. Hakkige kabatšokkide sisu peeneks ja pange koos õli ning küüslauguga kastrulisse. Kuumutage pidevalt segades keskmises kuumuses, kuni need pehmenevad, aga ei pruunistu. Segage sisse sidruniheina, riivitud sidrunikoore, -mahla, riisi, tomatid ja röstitud pähklid. Maitsestage segu ja tõstke kabatšokipooltesse. Pange täidetud kabatšokid suurde küpsetusvormi ning katke fooliumiga. Küpsetage 25–30 minutit või kuni kabatšokid on pehmed. Kaunistage tüümianiga ja serveerige kuumalt.

#### **1 portsjoni toiteväärtus:**

energiat: 126 kcal / 530 kJ

rasva: 5,33 g

küllastunud rasvu: 0,65 g

kolesterooli: 0 g

kiudaineid: 2,31 g

## Porru-kartulisupp

Valmistusained:

- 1 sl oliiviõli
- 1 hakitud mugulsibul
- 500 g õhukeselt viilutatud porrut
- 500 g hakitud kartuleid
- 1 l köögiviljapuljongit
- 2 sl lahjat *crème fraiche*'i või rõõska koort
- 1 / 4 tl riivitud muskaatpähklit
- soola ja musta pipart

Kuumuta õli kastrulis, lisa sibul ja prae 2–3 minutit. Lisa porru ja kartulid ning prae veel 5 minutit. Lisa puljong, kuumuta keemiseni ja keeda 15 minutit kuni kartulid on pehmed. Vala segu köögikombaini segamisesse ja peenesta ühtlaseks. Sega juurde *crème fraiche* ja muskaatpähklit ning maitsesta toit soovikohaselt soola ning rohke musta pipraga. Sobib taimetoitlastele.

**Toitumisalane nõuanne:** porrud ja muud laukude perekonda kuuluvad köögiviljad on heaks väävlit sisaldavate fütokemikaalide allikaks, mis aitavad organismi kaitsta südame-veresoonkonna haiguste eest.

**Toiteväärtus:**

energia: 159 kcal

proteiine: 5 g

süsivesikuid: 28 g

rasvu: 5 g

## Kartulipirukad roheline sibulaga

Valmistuained:

- 375 g valmis mure- või lehttainast
- puisteks veidi jahu
- veidi piima
- 1 väikesteks kuubikuteks lõigatud keskmine kartul
- 4 viilutatud mugulsibulat

- 45 g magusa maisi teri
- 2 sl lahjat *crème fraiche*'i või rõõska koort
- soola ja musta pipart

Rulli tainas jahusel töölaual 3 mm paksuseks leheks. Lõika 12 taig-naketast. Keeda kartuleid 5 minutit ja nõruta. Sega juurde roheline sibul, mais ja *crème fraiche* ning maitsesta soovikohaselt soola ja pip-raga. Tõsta taignaketta keskele natuke täidist. Niisuta taignaketta servi vähese veega ja voldi pooleks nii, et täidis jääks kahe taignakihi va-hele. Suru servad kahvliga kinni ja tõsta pirukad õlitatud küpsetuspa-beri lehele. Pintselda vähese piimaga ja küpseta eelkuumutatud ahjus 200 kraadi juures 15–20 minutit kuni pirukad on kuldpruunid. Sobib taimetoitlastele.

**Toitumisalane nõuanne:** tainas sisaldab palju rasva, seepärast rulli see hästi õhukeseks ja võimalusel kasuta lahja margariiniga tehtud tainast.

**Toiteväärtus:**

energia: 216 kcal  
 proteiinid: 3 g  
 süsivesikuid: 25 g  
 rasvu: 13 g

**Soe kabatšokisalat**

Valmistusained:

- 2 sl oliiviõli
- 2 väikesteks kuubikuteks lõigatud kabatšokki
- 1 õhukeselt viilutatud mugulsibul
- 2 sl jämedalt hakitud kappareid
- 4 hakitud tomatit
- 4 sl peterselli
- 1 sl balsamiädikat
- salatilehti
- värsket krõbedat saia

Kuumuta õli mitterakkuva pinnaga praepannil. Lisa kabatšokitükid ja prae 10 minutit, kuni need on kuldpruunid ja pehmed. Lisa punane sibul, kapparid, tomatid, petersell ja äädikas ning sega ühtlaseks. Tõsta pann pliidilt ära ja jäta 10 minutiks jahtuma, seejärel serveeri koos salatitehtede ja saiaiga.

**Toitumisalane nõuanne:** kabatšok sisaldab vähe kaloreid, kuid imeb endasse rohkesti õli, seepärast tuleb toiduvalmistamisel olla ettevaatlik.

**Toiteväärtus:**

energia: 99 kcal

proteiine: 3 g

süsivesikuid: 9 g

rasvu: 6 g

### **Kartulid küüslaugu ja peekoniga**

Valmistusained:

- 125 g kuubikuteks lõigatud suitsutamata peekonit
- 1 hakitud mugulsibul
- 625 g keedetud ja kuubikuteks lõigatud kartuleid
- 2 purustatud küüslauguküünt
- 1 sl hakitud peterselli
- 2 sl parmesani juustu

Prae peekonit mitterakkuva pinnaga praepannil 3–4 minutit või kuni see hakkab pruunistuma. Lisa sibul, kartulid ja küüslauk ning prae veel 8–10 minutit kuni kartulid on pruunistunud. Sega juurde petersell. Tõsta segu kuumuskindlasse ahjuvormi ja puista peale parmesani juust. Rösti eelkuumutatud grillis 1–2 minutit kuni juust on sulanud ja kuldkollane.

**Toitumisalane nõuanne:** arvatakse, et kui süüa iga päev üks küüslauguküüs, aitab see südant tervena hoida ning vähendab vere kolesteroolitaset.

**Toiteväärtus:**

energia: 246 Kcal

proteiine: 13 g

süsivesikuid: 28 g

rasvu: 8 g



## Grillitud vürtsikas kõrvits

Valmistusained:

- 2 väikest kooritud, seemnetest puhastatud ja kuubikuteks lõigatud piklikku tihke viljalihaga kõrvitsat
- 1 sl koriandrit
- 1 sl köömneid
- 1 sl paprikapulbrit
- 1 sl oliiviõli
- 2 sl hakitud koriandrilehti
- 4 sl naturaalselt jogurtit

Vala kõrvitsatükid keeva veega kastrulisse ja keeda 5 minutit. Nõruta ja laota küpsetuspaberi lehele. Vala köömned ja koriander väikesele praepannile ja kuumuta minut aega, kuni need hakkavad lõhnama. Peenesta uhmris. Sega purustatud seemnesegu, paprika ja oliiviõliga. Piserda segu kõrvitsatükkidele, tõsta need eelkuumutatud tulesse grilli ja rösti 8–10 minutit, kuni kõrvits on pehme ja hakkab pealt kergelt pruunistuma. Sega hakitud koriander jogurtiga ja serveeri koos vürtsika kõrvitsaga.

**Toitumisalane nõuanne:** piklik tihe viljalihaga kõrvits on suurepärase beetakaroteeni saamise allikas, millest organismis sünteesitakse A-vitamiini.

**Toiteväärtus:**

energia: 155 kcal

proteiine: 5 g

süsivesikuid: 13 g

rasvu: 9 g

## Suvine köögiviljasalat

Valmistusained:

- 2 suvikõrvitsat
- 2 porgandit
- 150 g pikuti poolitatud lehtpeeti

- 1 seemnetest ja südamikust puhastatud ning viiludeks lõigatud punane paprika
- 150 g oaidusid
- 1 õhukeselt viilutatud punane tšillikaun
- 4 sl hakitud koriandrilehti
- 2 sl röstitud seesamiseemneid
- 1 sl seesamiõli
- 1 sidruni mahl ja riivitud koor

Lõika suvikõrvitsad köögiviljakooriga õhukesteks viiludeks ja porgand ribadeks. Vala köögiviljad keeva veega kastrulisse, seejärel nõruta kohe ja värskenda külma voolava vee all. Raputa suvikõrvitsaviilud ja porgandiribad lehtpeedi, punase paprika, oaidude, tšilli, koriandri, seesamiseemnete, õli ja sidrunikoore ning mahlaga segamini ja jätta enne serveerimist 20 minutiks tõmbama, et maitse ühtlustuks. Serveeri suures kausis.

**Toitumisalane nõuanne:** tšillikaunte terav tulusus tuleneb füto-kemikaalist nimega kapsaitsiin, mille kontsentratsioon on eriti kõrge seemnetes ja mille abil saab leevendust nohust kinnisele ninale. Tšilli sisaldab ka palju C-vitamiini.

**Toiteväärtus:**

energia: 116 kcal  
 proteiine: 5 g  
 süsivesikuid: 7 g  
 rasvu: 7 g

## RETSEPTID DIABEETIKUTELE

### Salatid ja suupisted

#### 1) Kalasalat 4 inimesele

- 200 g suitsukala (tursk, mereahven)
- 2 dl herne-maisi-paprika segu
- 4 dl keedetud riisi või makarone
- 1 sektoriteks tükeldatud kanamuna

- 1–2 viilutatud tomatit
- porru viilud, tilli

Aseta toiduained rühmiti taldrikule ja kaunistamaks maitserohelisega.  
 $\frac{1}{4}$  salatist (ca 2 dl) = 10 g süsivesikuid (1 LÜ) ja 150 kcal

## 2) Talvine toorsalat 4 inimesele

- 5 dl riivitud kapsast
- 1 jämedalt riivitud õun
- 5 dl riivitud toorest peeti
- 1–2 spl sidrunimahla

Sega sidrunimahl riivitud õunaga (tumenemise vältimiseks). Sega kokku kõik salatained ja vala peale salatikaste

$\frac{1}{4}$  salatist (ca 2 dl) = 5 gr süsivesikuid

## 3) Jogurti-sidrunipipra kaste

- 2 dl maitsestatamata jogurtit
- 1 spl sidrunipipart
- 1 tl kanget sinepit
- maitseks veidi suhkrut või magustusainet

1 spl kastet = 10 kcal

## 4) Kodujuustu-spinati suupiste 6 inimesele

- 150 g tükeldatud keedetud spinatit
- 175 g kodujuustu
- 1 tl riivitud muskaatpähklit
- 2 munavalget
- 2 sl riivitud parmesani juustu
- soola ja musta pipart

Kuumutage ahi 220° C-ni. Määrige 6 väikest küpsetusvormi õliga. Segage väikeses kausis kokku spinat ja kodujuust, lisage muskaatpähkel ning maitsestage. Vahustage munavalged eraldi nõus tugevaks vahuks ja segage see spinatissegu hulka. Tõstke ühesuurused seguports-

jonid õliga määratud küpsetusvormidesse ja tehke pealt tasaseks. Puitake üle parmesani juustuga ja pange küpsetusplaadile. Küpsetage 15–20 minutit või kuni on kuldpruunid. Andke kohe lauale.

1 portsjon = 47 kcal

## **PÕHITOIDUD**

### **5) Kartulipuder**

- 1 kg kooritud kartuleid
- 3–4 dl piima või keeduleent
- 1 tl soola
- soovi korral tükeldatud sibulat, peterselli

Keeda kartulid veega pehmeks. Purusta kartulid pudrunuiaga või mikseriga, kuumuta piim (keeduleem) ja lisa see osade kaupa pudru hulka, klopi puder kohevaks ja maitsesta.

Võimalikud variandid:

- lisa 1–2 dl külmutatud herneid (eelnevalt sulatada),
- lisa 1 pk. (150 g) külmutatud spinatit (eelnevalt sulatada),  
1 dl = 10 g süsivesikuid, 50 kcal

### **6) Marineeritud apelsinibroiler**

- 5 broileri kintsu või rinnatükki
- 3 tl paprikapulbrit
- valget pipart

Marinaad

- 1 dl naturaalselt apelsinimahla
- 1 dl tomatimahla
- 3 spl sojakastet
- 1 spl siirupit

Kaste

- Küpsetusleent, 1 spl maisijahu, musta pipart

Maitsesta broileritükid paprikapulbri ja valge pipraga, aseta tükid küpsetuskotti ja küpsetuskott aseta ahjuvormi. Valmista marinaad ja

vala see küpsetuskotti broileritükkiidele. Sule kott. Lase broileril seista marinaadis terve öö (vähemalt 3 tundi). Vahepeal keera kotti, et tükid maitsestuksid ühtlaselt. Enne ahju panekut lõika kotil üks nurk lahti. Küpseta umbes 200°C juures 1 tund. Kalla kotti valgunud leem kastrulisse, paksenda maisijahuga ja lase keeda 5 minutit vaikselt. Maitsesta.

1/5 (1 tk) = 180 kcal

### **7) Makaroni-hakkliahvorm 4 inimesele**

- 150 g makarone/spagette
- 8 dl vett
- ½ tl soola
- 200 g hakkliha
- 1 tükeldatud sibul
- 2 spl tomatipüreed
- 1 tl valget pipart
- 1 tl hakkliha maitseainet

Munapiim:

- 7 dl piima
- 2 muna
- ½ tl soola
- ¼ tl valget pipart

Keeda makaronid soolaga maitsestatud vees pehmeks. Kuumuta pannil sibul ja hakkliha madalal kuumusel. Sega valmis muna-piimasegu, lisa makaronidele juurde hakkliha-sibulasegu ja maitsesta. Aseta saadud segu võitatud vormi ja kalla peale muna-piimasegu. Küpseta ahjus 180–200 kraadi juures 1½ tundi

¼ (3 dl) = 30 g süsivesikuid, 270 kcal

### **8) Täidetud sidrunimaitselised kabatšokid 4 inimesele**

- 4 umbes 175 g kabatšokki
- 1 tl toiduõli

- 1 purustatud küüslauguküüs
- ½ sidruni mahl ja riivitud koor
- 1 tl sidruniheina
- 115 g keedetud pikateralist riisi
- 175 g poolitatud kirsstomateid
- 2 sl röstitud akažuupähkleid
- soola, musta pipart
- kaunistuseks tüümiani võrseid

Kuumutage ahi 200°-ni. Lõigake kabatšokid pikuti pooleks, sisu kaapige teelusikaga välja. Blansseerige neid kuumas vees 1 minut ja nõrutage hoolikalt. Hakkige kabatšokkide sisu peeneks ja pange koos õli ja küüslauguga kastrulisse. Kuumutage pidevalt segades keskmises kuumuses kuni need pehmenevad, aga ei pruunistu. Segage sisse sidruniheina, sidrunikoore, mahl, riis, tomatid ja röstitud pähklid. Maitsestage segu ja tõstke kabatšokipooltesse. Pange täidetud kabatšokid suurde küpsetusvormi ja katke fooliumiga. Küpsetage 25–30 minutit või kuni kabatšokid on pehmed. Kaunistage tüümianiga ja serveerige kuumalt.

1 portsjon = ca 10 g süsivesikuid ja 126 kcal

## 9) Kapsarullid (16 tk)

- 1 kg kapsast
- 1 l vett
- 1½ tl soola

Täidis:

- 1 dl keetmata riisi või 2½ dl keedetud riisi
- 5 dl vett
- 300 g hakkliha
- 1 dl puljongit (võib valmistada puljongikuubikust)
- ¼ tl valget pipart
- ½ tl soola
- sellerit, tilli jne.

- 1 spl tomatipüreed
- 1 spl siirupit või veidi suhkrut (magustusainet)

Kapsarullide hautamiseleem:

- ½ dl vett
- 1 puljongikuubik
- 1 tl siirupit

Eralda kapsalehed juurikast nii, et nad püsivad tervetena. Pane lehed keevasse vette pehmenema. Kui lehed on keenud poolpehmeks, tõsta kastrulist välja ja jahuta. Lõika noaga leheroots õhemaks, see hõlbustab lehtede rulli keeramist.

Keeda riis pehmeks. Sega hakkliha, riis ja maitseained.

Aseta lehed töölauale ja pane igale lehele umbes ½ dl täidist. Rulli lehed ümbrikukujuliselt kokku. Lao kapsarullid vormi (liitumiskoht vastu põhja).

Valmista hautamiseleem, kalla see kapsarullidele ja hauta 200° C juures 1½ tundi.

1 kapsarull = 10 g süsivesikuid ja 90 kcal

## 10) Ühepajatoit

- 1 l vett
- 1 puljongikuubik
- ½ kaalikat
- 2 porgandit
- 1–2 sibulat (või porrut)
- ½ kapsast
- 2 dl maisi (kas külmutatud või konserv)
- 1 dl herneid (külmutatud)
- 1 punane paprika
- 1 kollane või roheline paprika
- 250 g seeni
- 2 spl tomatipüreed

Keeda köögivilju umbes 30 min kuni pehmenemiseni, lisa mais, herned, paprika ja seened, maitsesta ja hauta mõned minutid.

Kui soovid ühepajatoitu valmistada väga kiiresti, siis kasuta külmutatud ühepajatoidu segusid.

3–4 dl = 10 g süsivesikuid (1 LÜ) ja 50 kcal

### **11) Omlett köögiviljadega 2 portsjonit**

- 4 muna
- 4 spl piima
- 1 porgand
- 1 suvekõrvits
- soovi korral 1 sibul, seeni
- 1 spl oliivõli
- soola, musta pipart
- soovi korral 2 spl juustu

Riivi porgand ja suvekõrvits ribadeks, haki sibul ja seened.

Kuumuta pannil õli ja hauta köögivilju keskmises kuumuses paar minutit, klopi kausis kokku munad, piim ja maitseained. Vala muna-segu pannile köögiviljade peale, soovi korral lisa juust ja lase omletil hüübida (tõsta pann ahju).

Ettevaatust, et juust ei pruunistuks!

1 portsjon= ca 4 g süsivesikuid ja 251 kcal

## **SUPID**

### **12) Suvesupp**

- 3 dl vett
- 2–3 väikest värsket porgandit kuubikutena
- ½ lillkapsast õisikutena
- 2–3 keskmist kartulit
- 1 dl ube
- 4 dl herneid
- 4 dl piima
- 1–2 spl hakitud spinatit (võib ka külmutatud)

Värskel köögiviljal asemel võib kasutada ka 2 pk (400 g) külmutatud juurviljasegu.



- 1–2 spl hakitud peterselli ja tilli
- 1 tl soola

Keeda porgandikuubikuid vees paar minutit, siis lisa lillkapsas, kartul, oad, keeda köögivilju madalal kuumusel kuni pehmenemiseni. Lisa piim, spinat ja herned ning kuumuta keemiseni, maitsesta soola ja maitserohelisega.

Kui kasutad külmutatud köögivilju, lisa need piimaga koos viimastena ja keeda kuni valmimiseni.

$\frac{1}{4}$  (3–4 dl) = 20 g süsivesikuid, 110 kcal

### **13) Hernesupp 6 inimesele**

- 259 g kuivatatud herneid
- 1–2 porgandit kuubikutena
- 2 paprikat kuubikutena
- 1½–2 l vett
- 1–2 sibulat kuubikutena
- 100 g hakkliha või sinki
- 3 tl soola
- 1 spl sinepit
- pipart, maitserohelist

Leota herneid 8 tundi, kalla leotusvesi ära. Keeda herneid kuni pehmenemiseni (1–2 tundi). Kuumuta pannil hakkliha (sink) ja sibulad, lisa porgandi ja paprika kuubikud, kalla saadud segu supi hulka ja kuumuta paar minutit.

$\frac{1}{6}$  (3–4 dl) = 25 g süsivesikuid ja 170 kcal

### **14) Seenesupp selleri ja küüslauguga 4 inimesele**

- 350 g hakitud seeni (šampinjone)
- 4 tükeldatud varssellerit
- 3 küüslauguküünt
- 3 sl kuiva valget veini
- 750 ml kanapuljongit

- 2 spl Worcestershire'i kastet
- 1 spl riivitud muskaatpähklit
- soola ja musta pipart
- sellerilehti kaunistuseks

Pange varsseller, seemed ja küüslauk kastrulisse ja segage valge veiniga. Hautage kaane all väikeses kuumuses 30–40 min, kuni toiduained on pehmed. Lisage pool puljongist köögiviljale ja püreerige köögivilji. Kallake püree tagasi kastrulisse, lisage ülejäänud puljong, Worcestershire'i kaste ja muskaatpähkel. Laske supp keema ja maitsestage. Kaunistage sellerilehtedega ja serveerige kuumalt.

1 portsjon = 48 kcal

### **15) Lihtne makaronisupp 4 portsjonit**

- 8–9 dl loomalihapuljongit (võib kasutada puljongikuubikut)
- 1 porgand tükeldatult
- 0,5 hakitud sibulat
- 30 g / ½ dl makarone (täisjahust)
- ½ tl küüslaugusoola
- 1 spl hakitud peterselli
- soola, pipart, hakitud tilli

Kuumuta lihapuljong keemiseni. Kuumuta pannil porgand ja sibul, lisa porgand ja sibul puljongile, lisa makaronid, maitsesta ja keeda vaikselt tulle kaane all 10–20 min kuni makaronid on pehmed. Lisa maitseroheline.

1 portsjon = 10 g süsivesikuid (1 LÜ) ja 30 kcal

### **16) Kalasupp 6 portsjonit**

- 300 g kuubikuteks tükeldatud kala (ahven, räim, forell jne)
- 1 hakitud sibul
- 3 tükeldatud porgandit
- 3 tükeldatud kartulit (värske köögivilja asemel võib kasutada külmutatud köögiviljasegu)

- 5 dl vett
- 6 dl piima
- soola või ürdisoola
- 5–6 pipratera, loorberileht

Keeda köögivilja 10–15 min vees (alusta vastavalt pehmenemise kiirusele), lisa kala ja piim. Keeda tasasel tulel valmimiseni, maitsesta ja lisa maitseroheline.

1 portsjon (3–4 dl) = 20 g süsivesikuid (2 LÜ) ja 185 kcal

## MAGUSTOIDUD

### 17) Kūpsetatud õunad

- 4–6 haput õuna
- kaneeli
- soovi korral 1 tl suhkrut/puuviljasuhkrut (fruktoosi)

Eemalda õuntel südamikud, importõunad tuleks koorida. Lao õunad ahjuvormi lisa paar tl vett ja maitsesta õunad kaneeliga. Soovi korral maitsesta 1 tl suhkrut või fruktoosiga. (Tehismagusainete kasutamisel lisa need alles peale kūpsetamist). Kūpseta ahjus 200° C juures 20–30 minutit.

1 õun = 10 g süsivesikuid (1 LÜ) ja 40 kcal

Kui magustamiseks kasutasite suhkrut või fruktoosi, siis lisandub 1tl fruktoosi = 5g süsivesikuid ja 15 kcal

### 18) Vaniljekaste

- 4 dl piima
- 1 tl vaniljesuhkrut
- 1 muna
- 1 spl kartulijahu
- 1 spl tehismagustajat *Canderel*

Kalla piim, muna ja kartulijahu kastrulisse, sega ained hoolega. Kuumuta segu pidevalt segades kuni segu paksenemiseni. Jahuta ja maitsesta vaniljesuhkrut ja magustusainega.

1 dl = 5 g süsivesikuid (1/2 LÜ) ja 80 kcal

## 19) Puuviljatarretis

- 100 g viilutatud virsikuid
- 1 väike banaan
- 100 g sõstraid
- 1 dl apelsinimahla
- 1 dl vett
- 1 dl ananassimahla
- 1 sl želatiini
- 1 spl magustusainet *Canderel*

Jaota puuviljad 5 magustoidupokaali. Leota želatiini vees kuni see on veidi paisunud, kuumuta mahl kastrulis, lisa želatiini segu ja kuumuta väga madalal kuumusel pidevalt segades, kuni želatiin on lahustunud. Jahuta, kui segu hakkab paksenema, vala puuviljadele. Lase tarretuda külmkapis.

1 portsjon = 10 g süsivesikuid(1 LÜ) ja 40 kcal

## KÜPSETISED

### 18) Vaarikakook (8 portsjonit)

Põhi

- 8 suhkruta täisteraküpsist
- 8 tl (40 g) margariini
- 2 tl magustusainet *Canderel*
- 2 tilka vaniljeessentsi

Täidis

- 4 dl rasvata piima
- 1 l (500g) tooreid või külmutatud vaarikaid
- 2 spl magustusainet *Canderel*
- poole sidruni mahl
- 15 g želatiini

Purusta küpsised taigiarulliga. Sega küpseisepurule juurde sulatatud margariin ja maitseained. Vajuta segu koogivormi (läbimõõt ca 20

cm) põhjale ja aseta külmkappi kõvenema (segu on lihtne jaotada, kui kastad sõrmi külma veega). Paisuta želatiin külmas vees, lisa sidrunimahl ja kuumuta kastrulis madalal kuumusel kuni lahustumiseni. Jahuta. Püreeri vaarikad (kas saumikseri või kahvliga), lisa piim, suhkruasendaja ja sulatatud želatiin. Kui segu hakkab tarretuma, kalla segu koogipõhjale. Lase tarretuda külmkapis 1–2 tundi.

1 tk (1/8 koogist) = 15 g süsivesikuid ja 100 kcal

## 21. Kakaopallid 20 tk

- 5½ dl kaerahelbeid
- 100 g sulatatud margariini
- ¾ dl fruktoosi või suhkrut või suhkruasendajat *Canderel*
- 2 spl kakaopulbrit
- 1–2 spl kanget masinakohvi
- kookoshelbeid

Sega kõik ained hoolega ja vormi taignast pallikesed. Veereta palle kookoshelvestes, pane külmkappi jahtuma, serveeri külmalt.

Sobiv nii maiustuseks kui ka kohvikõrvaseks.

Suhkruga või fruktoosiga 2 tk = 20 g süsivesikuid ja 340 kcal.

Candereliga 2 tk = 15 g süsivesikuid ja 260 kcal.

## 22. Mustika-jogurtikook

- 2½ dl rasvata piima
- 25 g pärimi
- ½ spl kardemoni
- ¾ dl suhkrut
- ¾ dl nisuhelbeid või kaerahelbeid
- ¾ dl rapsiõli

Täidis

- 1 l mustikaid
- ½ l maitsestatamata jogurtit
- ¾ dl suhkrut
- 1 spl kartulitärklist

Sega pärm leige piimaga, lisa kardemon, suhkur ja nisuhelbed. Sega juurde õli ja jahu ning lase taigal kerkida 2-kordseks. Taigna kerkimise ajal valmista täidis. Sega mustikad, jogurt, kartulitärklis ja suhkur ühtlaseks ning aseta külmkappi, jaga kerkinud tainas ahjuplaadile, lase mõni hetk kerkida. Kalla täidis taignapõhjale ja küpseta 200° juures umbes ½ tundi.

Lõika pirukas 20 tükiks.

1 tk = 25 g süsivesikuid (2,5 LÜ) ja 140 kcal.

### 23. Keerusaiad 18 tk

- 2½ dl rasvata piima
- ½ dl suhkrut
- 1 tl kardemoni
- 1 tl soola
- 1 pk kuivpärm või 25 g pärm
- 7–8 dl jahu
- 50 g sulatatud margariini või ½ dl õli

Täidis

- 1½ spl margariini
- 2–3 tl kaneeli
- 2 spl fruktoosi
- Määrimiseks muna. Mandlilaaste või hakitud pähkleid.

Sega leige piimaga fruktoos, kardemon ja sool. Lisa 4 dl jahu, millesse on segatud kuivpärm, sega mõned minutid. Lisa ülejäänud jahu ja margariin, sõtku taigen, lase taigal kerkida soojas kohas. Rulli taigen 30x60 cm suuruseks tükiks, määri taigale pehme margariin ja raputa kaneeli ja suhkrut. Jaga tainas 3 ossa, lõika tainast 1 cm laiused ribad, palmitse ja keera sõlme. Aseta saiad küpsetuspaberiga kaetud ahjuplaadile, lase hetk kerkida. Määri munaga ja raputa peale mandleid või pähkleid. Küpseta 200° juures 15–20 min.

1 keerusai = 21 g süsivesikuid (2LÜ) ja 145 kcal

**KASUTATUD KIRJANDUS:**

1. S. Teesalu, T. Vihalemm. Seedimine, toitumine ja dieetid.
2. M. Maser, T. Pitsi jt. Tervisliku toitumise teatmik.
3. M. Saava jt. Haiguspuhune toitumine.
4. E. Laakkonen, K. Parkkinen. Ravitsemuskäsikirja.
5. U. Tammer. Diabeetiku Dieet.

# TOITUMISE OSAST VÄHKHAIGUSE ENNETAMISEL

\*

*Onkoloog dr. J. Roginskaja,*

*SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Onkoloogiakeskus*

Juba mitmeid aastaid on teada, et vähkhaiguse teket ja selle kulgu võib mõjutada toiduga. Nii vähivastase kui ka vähki esilekutsuvate omadustega toiduainete nimikiri on üsna pikk, nende toime inimkehale mitmekesine ja kohati selgelt määratlemata. Seega püüan oma artikliga veidi selgust tuua ja selgitada, kuidas toitumisega saab vähihai- gust ära hoida või selle tekkeriski vähendada.

Mis tekitab vähki?

Vähkkasvaja tekib meie keharakkudest, mis on teatud tegurite mõju all muutunud "kurjaks", kaotanud kontrolli kasvu ja paljunemise üle, omandanud ränd- ja sissetungimise omadused.

Tegurid, mis keharaku kurjaks teevad, on mitmesugused. Mõned neist on pärilikud, aga pärilikkusest üksi alati ei piisa.

Vähkkasvaja arenemiseks on reeglina vaja veel lisamuutusi, mis te- kivad nii sise- kui ka välistegurite koosmõjul. Arvatakse, et ainult 5–10% vähkkasvajatest on pärilikkusega seotud juhtumid. Ülejäänud on välisteguritest põhjustatud ja neid saaksime suuremal või väiksemal määral ära hoida.

**Üheks peamiseks välisteguriks osutubki toit.** On olemas nii teaduslikult põhjendatud seisukohti, kui ka anekdootilisi juhtumeid, kus ühe aine puudumine või liigtarbimine on kutsunud esile vähkkasvajad.



Kust tekkis selline järeldus, et ühel või teisel toiduainel on osa vähkkasvaja arengus? Kust tulevad need soovitusel kasutada üht või teist poodides ja apteekides pakutatavat toidulisandit või vitamiine, eesmärgiga ära hoida kasvaja teket või peatada algkasvaja edasist arengut?

Tõestuse saamiseks on teaduses ja meditsiinis kasutusel kindlad meetodid. Kõigepealt aitab selline teadusharu nagu epidemioloogia – vaatlusuuring, kuidas erineb haigestumus erinevates maapaikades kindla elanikkonna seas. Siis püütakse haigestumust kokku viia elutingimustega: toitumise eripära, kliima, keskkonna saastatus jne.

Epidemioloogiliste uuringute toel on näidatud, et rinnavähki haigestuvad kõige vähem Aasia (Jaapan, Hiina), Aafrika ja Lõuna-Ameerika naised. Lisaks sellele on nendel sama haiguse juures ka paremad ellujäämise näitajad.

Nendes maades, kus toiduratsioonis on palju puu- ja juurvilju ning vähe loomaliha ja loomset rasvarikast toitu (nt. Aafrika riigid) – esineb harvem käärsoolevähki. Kõrge arenguga maades on vastupidine olukord – käärsoolevähk on esikohal.

Samas, vaesemates maades, kus esineb probleem toiduainete säilitamisega (ei ole külmikuid), on põhiliseks toiduainete säilitamise viisiks soolamine ja suitsetamine. See on peamiseks põhjuseks, miks nendes maades mao- ja söögitoruvähk on üsna levinud. Toitumise omapära ja vähkhaiguse tekke omavahelise seose tõestuseks on fakt, et teatud haiguse madala riskiga maal immigrantide järglastel risk haigestuda saavutab uue elukoha maa taseme. Kuidas veel saaks seletada sellist muutust, kui mitte toitumisega?

Esimesed immigrantid säilitavad veel oma rahvusköögi tavad, nende järglased aga harjuvad üha rohkem uue kodumaa toitumistavadega ja selle kaudu satuvad samasse riskirühma.

Vaatlused vajavad täpsemat teaduslikku tõestust. Ainete testimine toimub siis rakuliinide katsutites ja katseloomade peal.

Heade tulemuste puhul proovitakse nende kasu tõestada ka inimkatsetes – kliinilistes uuringutes. Kliinilisi uuringuid toidulisandite ja toitumise vähkhaiguse ennetamise ja ravi valdkonnas viiakse läbi võrdlemisi vähe.

Enam kui 40 eridieedist pärinevad ained ja nende kombinatsioonid on praegu uurimise all.

Nende uuringute tulemusel eristatakse järgmisi aineid:

- 1) kartsinogeenid (vähktõbe tekitav aine) ja blokeeriva toimega ained,
- 2) antioksidandid ja põletikuvastased ained,
- 3) mutatsioonide (geeniviga) ja liigpaljunemist pidurdava toimega ained.

Kõigepealt uuritakse nende tõhusust rinna-, eesnäärme-, käärsoole- ja kopsuvähi ennetamisel.

Rohkem lubavamad on soja isoflavonoidid, rohelise ja musta tee polüfenoolid, kurkumiin, lükopeen, indool-3-karbinool, vitamiinid D ja E, seleen ja kaltsium.

Peatume nüüd mõnel konkreetsetel ainel, millest tuleb hoiduda, mida tasub rohkem tarvitada, mis on meil praegu kättesaadavad ja mis on tulekul.

## **KANTSEROGEENID TOIDUS**

***Aflatoksiinid.*** Epidemioloogilistest uuringutest lähtudes leiti, et maksavähi sagedas esinemine Hiinas on seotud hallitusseene mürgiga. Seda seent leidub riknenud toidus – hallitanud jahus, kartulis või saias. Seene mürk jõuab nähtavast hallituskohast kaugemale, nii et selliselt riknenud toiduaine tuleb kindlalt kõrvaldada, sest pealt “ärakraapimine” ei aita toksiinist vabaneda.

***Benzopüreen.*** Keemiline ühend, mis tekib liha töötlemisel kõrgetel temperatuuridel. Laborikatsetes on tõestatud tema vähki tekitav toime. Kuna praeliha ja suitsuliha kontakteeruvad otseselt meie seedetrakti limaskestaga, siis nende ohtral söömisel suureneb jämesoole- ja maovähi tekkimise risk.

***Nitrosamiinid.*** Nitraate leidub mitmetes toiduainetes, kuhu nad satuvad väetisest mullas (puu- ja juurviljad, vesi) või lisatakse konservantidena. Seedetraktis tekivad nendest nitrosamiinid. Nitrosamii-

nide vähki tekitav toime leidis tõestust epidemioloogilistes uuringutes ja laborikatsetes. Nitrosamiinidel on seos ennekoike mao-, söögitoru-, ninaneelu- ja kusepõievähiga.

C- vitamiin aitab nitraatidest nitrosamiinide teket ära hoida.

**3-ketosteroidid.** Kolesteroolirikas toit on jämesoolevähi tekke soodustegur. Seetraktis tekkivad 3-ketosteroidid soodustavad soolelimaskestast rakkude muutumist pahaloomulisteks. Kolesterooli leidub kõigepealt loomses rasvas (loomalihas) ja võis.

Seepärast on loomse rasva rikas ja kiudainetevaene dieet põhiline süüdlane jämesoolevähi sagedases esinemises arenenud riikides.

**Akrüülamiid.** Eelmisel aastal näitasid rootsi teadlased loomsete katsetega, et aine, mis tekib polüsahhariidide (pikkahela suhkrud) kuumutamisel kõrgetel temperatuuridel, on suure vähki tekitava toimega. See aine kannab nime **akrüülamiid** ja leidub paljudes meie igapäevastes toiduainetes: leivas, kartulikrõpsudes, krõbedates hommikueinetes, küpsistes.

Sakslased uurisid oma toiduained ja leidsid, et kõige suurema akrüülamiidi sisaldusega on nende “jõululeib”. Võib järeldada, et ka meie jõulu maiuspala – piparkook – kuulub samuti akrüülamiidi “pommi” hulka.

**Sool.** Kui tugevasti soolatatud aineid päevast päeva suurtes kogustes tarvitada, siis on oht mao- ja söögitoruvähi tekkeks. Arvatakse, et soolakristallid kahjustavad seedetrakti limaskestast ja kutsuvad esile pideva põletiku, soodustades pahaloomilise kasvaja teket.

## **VAJALIKKE AINETE PUUDULIKKUS TOIDURATSIOONIS**

Tervist kahjustavate ja pahaloomulist kasvajat tekitavate ainete nimemiri on veel pikem, aga õnneks on olemas ka neid aineid, mis saavad meid vähktõve eest kaitsta.

Kõige kuulsam “kaitsjate” rühm on antioksidandid. Nad on võimelised neutraliseerima kõrge keemilise aktiivsusega aineid ja sellega ära hoidma pärilikkuse materjali (DNA) kahjustamist.

Antioksidantide hulka kuuluvad vitamiinid A, E ja C ning mineraalne seleen. Oma üldise toimemehhanismi tõttu on nendel oluline osa mitmete vähkhaiguste preventsiioonis.

**Vitamiin A.** Tõhustab rakkude arenemist, mis põhjustab selle vitamiini laialdase vähivastase toime eriti rinna-, soole-, suuõõne- ja hingamisteede limaskestast lähtuvate kasvajate puhul. Soovitatav päevane annus on 5000 RÜ.

**Vitamiin E.** Vähendab eriti oluliselt haigestumist eesnäärme vähi. Soovitatav päevane annus on 30 RÜ, preventiivne toime avaldub, kui tarvitada annuses 200–800 RÜ. Ohutu piir ei ole täpselt määratletud (1000 RÜ on veel ohutu). Ettevaatust, vedeldab verd!

**Vitamiin C** kui antioksidant on eriti kasulik rinnavähi ja teiste kasvajate ennetamises. Lisaks sellele ei lase ta tekkida nitrosamiinidel, seega vähendab riski mao-, söögitoru-, ninaneelu- ja kusepõievähi tekkeks. Soovitatav annus 75–90 mg päevas (lisaks C-vitamiinirik kale toidule), suitsetajatele – 35 mg võrra rohkem.

**Seleenil** on rinna-, käärsoole- ja eesnäärmevähi vastane mõju.

Soovituslik päevane annus 40–75 mg

**Kaltsium.** Seda mineraali tasub tarbida mitte ainult luuhaprusse vastu, vaid ka käärsoole vähi ennetamiseks. Ta seob sapphappeid soolevalendikus ja ei lase nendel kahjustada soolelimaskesta. Soovitatav päevane annus 1000–1200 mg.

**Vitamiin D** reguleerib rakkude elutsükli ja on näidanud positiivset mõju jämesoole- ja rinnavähi ennetamises. Soovituslik päevane annus – 400 RÜ, suurenenud vitamiinivajadusega inimestel (enamik Eesti elanikkonnast, kes kannatab UV-kiirguse vaeguse all) – 800 RÜ.

**Foolhape** on oluline aine raku elutsükliks, aitab rakul kasvada ja normaalselt paljuneda. Selle aine piisav tarbimine vähendab käärsoole- ja rinnavähi haigestumise riski, eriti neil, kes liialdavad alkoholi-ga. Foolhapet leidub kõikides rohelistes taimse päritoluga toitainetes ja maksas. Päevane annus 400 mg, vähiriski vähendamiseks soovita-takse isegi 2–3 korda rohkem rohkem.

## **TOIDU LIIGTARBIMINE**

**Kalorid:** vähem sööd, kauem elad.

Laborikatsetes on selgunud, et pidevalt alatoidetud rotid elasid tavapärasel toitumisel rottidest kauem.

Liigsed kalorid põhjustavad ülekaalusust. Mis puutub vähkhaigusesse, siis ülekaalusus on rinna-, emakakeha-, munasarja-, eesnäärme- ja käärsoolevähi tõestatud riskitegur. Viimati nimetatud on nn suguhormoonide üleküllastusega seotud vähkkasvajad. Rasvkude on nii suguhormoonide ladu kui ka lisa tootmise koht.

**Kui palju peaksime sööma?** Tarvilik kalorite hulk tuleb välja arvutada individuaalselt, lähtudes vanusest, soost, pikkusest, ideaalkaalust, füüsilisest aktiivsusest ja kaasnevatest haigustest.

**Rasvarikas toit.** Rasvad on põhilised toiduained, mis peaksid leiduma meie igapäevases toiduratsioonis. Nende liigne tarbimine viib aga paljude haiguste tekkimiseni. Loomse rasva osakaal toidus peab moodustama ~15% kogu päeva kaloritest (~30 g).

Käärsoolevähi tekkimine toime on põhjendatud sellega, et rasva seedemiseks on vaja sappi. Rasvade sattumine seedetrakti vallandab sapierituse soolevalendikku. Paljas sapp on omakorda tugeva soolelimaskestavähki tekitava toimega aine.

Seega loomse rasva söömist tasub piirata ja tasakaalustada kiudainetega, mis vähendavat sapi kontakteerumist soolelimaskestaga.

Selleks, et vähendada rasva sisaldust toidus, vältige rasvase liha söömist, vähendage üldse liha söömist. Linnuliha söömisel võtke nahk ära. Sööge rohkem juurvilju. Pidage meeles, et paljud lihatooted sisaldavad “peidetud” rasvu, näiteks – vorstid, sardellid, kotletid.

## **ERILISED VÄHIVASTASE TOIMEGA AINED**

**Polüfenoolid.** Rohelisel või mustal teel on laborikatsetes avastatud võime takistada uute veresoonte formeerumist pahaloomulises kasvajas. Inimkatsetes vähivastast toimet ei ole senini tuvastatud.

**Lükopeen** on vähivastase toimega aine, mida leidub tomatite koorest. Soolestikku imendub paremini termiliselt töödeldud tomatist (tomatipasta, supid, soustid, ketšupid).

**Indool-3-karabinool** on taimse päritoluga (ristõielised nt. brokkolis, lillkapsas) reguleerib rakutsükli.

**Bioflavonoidid** on taimse päritoluga ained, *neil on täheldatud* märkimisväärsed aktiivsust inimorganismis.

**1) Isoflavonoidid – taimsed fütoestrogenid** on väga sarnased naiste hormoonidega

Lisanditena tarbimisel alandavad naise kehas naishormoonide taset. Naishormoonide madalal tasemel hoidmine on soodne tegur rinnavähi arenemise vastu. Meestele on eesnäärmevähi ennetamises soodne toime. Leidub sojas, linaseemnetes.

**2) Kurkumiin** on vürtsaine, säilitusaine, hiljuti põhjalikult teadlaste poolt uuritud ja omab mitmekülgeid vähivastaseid omadusi. Ta on tõhus antioksüdant, peale selle peatab pahaloomuliste rakkude edasist kasvu ja suunab neid ennast hävitama, seega on kasulik enamuse vähkkasvajate vastu võitlemisel.

**Kiudained.** Kiudaineteks nimetatakse taimse päritoluga toitaineid, mis peensooles ei seedi.

Neid on põhiliselt teraviljasaadustes (täisteraviljatooted, kliid, leib, helbed), kaunviljades (herned, oad, läätsed), puu- ja juurviljades (peet, kapsas, porgandid, pirnid) ning marjades. Vees lahustumatute kiudainete poolest on rikkad nisukliid, pähkliid ning oder, vees lahustuvate kiudainete poolest – kaerakliid, banaanid, õunad, melonid ning kivistatud puuviljad. Mida halvemini seeditav on kiudaine, seda rohkem ta paisub ja mõjutab soodsamalt meie tervist. Kiudained jaotatakse veeslahustuvateks (nt pektiinid, inuliin) ning vees mittelahustuvateks (nt tselluloos, ligniin).

Kiudained kiirendavad toidu liikumist soolestikus, seega vähendavad toidukantserogeenide ja sapi kontakteerumisega soolelimasketaga. Selles seisnebki nende soodne mõju soolestikuvähktõve ärahoidmisel.

Paisunud toidumass tekitab varem täiskõhutunnet ja aitab ära hoida liigsete kalorite tarbimist. Vees lahustuvad kiudained vähendavad vere kolesterooli taset ning aeglustavad glükoosi imendumist.

Seedimata tselluloos laguneb soole lõpuosas soolebakterite abil. Tselluloos on nende heade bakterite põhitoit, aga selle laguprodukt on omakorda selle sooleosa limaskestale põhitoituks. Kui toidus ei ole piisavalt kiudaineid, siis võib see viia heade bakterite väljasuremiseni ja soolelimaskest jääb samuti oma toidust ilma.

Kiudaineterikkad toiduained sisaldavad palju teisigi kasulikke komponente, vitamiinid ja mineraalained. Enamik puu- ja juurvilju on olulised C, B6 vitamiinide ning foolhappe allikad.

### **Lõpetuseks:**

- Ärge liialdage kaloritega, liikuge, kulutage kaloreid!
- Vältige soolatud, suitsetatud, praetud, kuumas küpsetatud toite!
- Toituge mitmekülgset, hüppelised, lühiaegsed “õige toitumise” perioodid ei aita!

# ALLERGIA EI TUNNISTA VANUSEPIIRE

\*

*Dr Malle Laaniste,*

*Eesti Allergiaühist*

Allergilised haigused on pideva kasvutendentsiga, seda eriti arenenud riikides. Allergilise reaktsiooni nn šokkorganiks võivad olla erinevad elundid. Toidust põhjustatud reaktsioonide korral võivad haigusnähud ilmned:

**suus** (huulte, keele ja suu limaskesta sügelus, kipitus ja turse);  
**seedetraktis** (kõhuvalu, iiveldus, oksendamine ja/või kõhulahtisus);  
**nahal** (nõgestõbi ja/või näoturse, atoopilise nahapõletiku ägenemine); **hingamisteedes** (allergiline nohu, kõriturse, astma);  
**organismi üldreaktsioon** – anafülaktiline šokk.

Toiduga seotud haigusi on kolm suuremat rühma: toidutalumatus, toidutoksikoos ja toiduallergia.

**Toidutalumatus** on seotud mingi ensüümi vähesusega või puudumisega organismis. Levinuim on laktaasi vähesusega seotud piima talumatus. Selle haiguse korral esinevad haigel seedehäired, mida võib ekslikult pidada ka allergia ilminguks.

Küllalt sageli esineb tsöliaakiat, mille puhul ei talu haige teraviljade (nisu, rukis, oder, kaer) valku – gluteeni. Haigusnähud väljenduvad seedehäiretes, aga võib esineda ka nahalööve.

Toidutalumatuslega on tegemist ka siis kui organismis vabaneb toidust histamiin. Selline olukord annab eriti toiduallergiat meenutava haiguspildi. Histamiini vabastavateks toitudeks peetakse maasikaid, mu-



navalget, tomatit, ananassi, ube, pähkleid ja koorikloomi. Alkohool suurendab samuti histamiini vabanemist.

Ülitundlikkuse sümptomeid põhjustavad ka toiduainetes sisalduvad biogeensed amiinid: histamiin, türamiin, fenüületüülamiin jt. Samad ained vabanevad organismis ka tõelise toiduallergia korral.

Histamiini leidub tuunikalas, skumbrias, spinatis, baklažaanis, sinihallitus- ja parmesanijuustus ning punastes ja valgetes veinides. Türamiini sisaldavad valge vein, *camembert*- ja *cheddar*juustud, soolaheeringas ning vähesel määral avokaado, banaan ja vaarikas. Fenüületüülamiini leidub šokolaadis, oktopamiini tsitrusviljades.

**Toidutoksikoosid** on seotud kas bakteriaalsete toksiinidega või bioloogiliselt aktiivsete toksiinidega, mille mõju avaldub samuti seedehäiretena.

**Toiduallergiaks** nimetatakse ülitundlikkust toiduainete suhtes, mille puhul moodustuvad organismis toiduainete vastased vastuained. Toidu ja vastuainete vahelise reaktsiooni tulemusena vallandub allergia, mis võib avalduda eespool kirjeldatud erinevate haigusnähtudena.

Toiduallergia ilminguid on USA-s ja Inglismaal täheldatud kuni 30% täiskasvanud elanikkonnast, kuid täpsemad uuringud näitavad, et tõelise allergilise reaktsiooniga toidule on tegemist vaid 1–2%. Seega ülejäänud juhtudel on tegemist toidutalumatusesega.

Paraku on ravitaktika ühesugune – teha kindlaks haigusnähtude põhjustaja ja see menüüst välja jätta. Ravimid võivad patsiendi vaevusi ainult vähendada.

Toiduallergiat esineb kõige sagedamini alla kolmeaastastel lastel. Lapseaasta toiduallergia võib puberteedi perioodil mööduda. Tõsisemaks probleemiks on täiskasvanute toiduallergia, mis paraku aastatega aina süveneb.

Toiduallergeeniks võib olla toiduaine ise, toidus sisalduvad lisandid või seedimise käigus tekkinud produktid. Vastusreaktsioon kokkupuutel toiduallergeeniga võib olla kiirtüüpi, sellisel juhul ilmnevad haigusnähtud mõne minuti kuni tunni möödudes. Aeglast tüüpi vastusreaktsiooni korra tekivad haigusnähtud paari päeva jooksul. See teeb toiduallergia diagnoosimise ja allergeeni leidmise keeruliseks.

Lastel on sagedasemad toiduallergeenid: lehmapiim, muna, kala, nisu, soja.

Samade allergeenide osatähtsus on tõusutendentsiga ka täiskasvanutel. Kala allergia on neist sagedasim ning see võib aastatega süveneda sedavõrd, et ainuüksi kala katsumine või isegi kalalõhn põhjustab ülitundlikkuse nähte. Täiskasvanutel on allergiliste reaktsioonide sagedasemad põhjustajad: pähklid, mandlid; puuviljadest – tsitrusviljad, õunad, kiivi; marjadest – maasikad; aedviljadest – tomat, paprika, seller, oad, herned, kartul; šokolaad, kakao, mesi, muna, kala, koorikulisid, kalamari, sea- ja loomaliha.

Toiduallergiat põhjustavate toiduainete osatähtsus on ka piirkonniti erinev. Ameerikas on esiplaanil maapähkli-, Jaapanis riisi- ning Skandinaavias kalaallergia.

Üldiselt tõuseb ka sojavalguallergia, sest sojajahu kasutatakse järjest rohkem pagaritööstuses, tööstuslikes lihapallides ja -vormides.

Täiskasvanutel võib ülitundlikkus olla seotud ka alkohoolsete jookidega. Puhta alkoholi toimel vabaneb organismis histamiin. Õlles on teravilja- ja pärmiallergeene. Veinides kasutatakse konservandina metasulfiidi, marjadest valmistatud jookides võib olla bensoehapet, miteetele jookidele lisatakse värvaineid.

Täiskasvanutel seostub toiduallergia ristallergia kaudu õietolmu allergiaga. Sellised reaktsioonid ilmnevad huulte ja neelu sügelusena; huulte, suulimaskesta ja neelu tursena; sedehyäiretena vahel ka nahalööbena, haruharva esineb anafülaktilist šokki. Kõige enam esineb reaktsioone toidule kaseallergikutel. Kase õietolmuallergiaga seonduvad aedviljadest: kartul, porgand, tomat, seller, paprika, pastinaak, paprika; puuviljadest: õun, pirn, virsik, kiivi, ploom; maitseainetest: kaneel, vanilje, kurkum, sinep, köömned, ingver, aga ka pähklid ja mandlid. Kõrreliste õietolmuallergia korral võib esineda ristallergiat jahu ja tangainetega, puju annab ristallergiat päevalilliseemnete, -õli, halvaa ja majoneesiga.

Üldiselt on teada, et keetmine ja külmutamine vähendavad allergiseerivaid omadusi, kuid selleri ja maitseainete allergeensus ei kao ka siis.

### **Toidulisanditest kutsuvad sagedamini reaktsioone esile:**

**1) värvained** (E100–E180) – tartrasiin E102, kinoliinkollane E104, päikeseloojangu kollane E110, asorubiin E122, erütrotrosiin E127, võlupunane E129;

**2) säilitusained** (E200–E297) – sulfitid E221–228, bensoehape E210, sorbiithape E200;

**3) antioksidandid** – hüdroksüanisool E320, hüdroksütolüeen E321, litsitiin E322

**4) magus- ja lõhnaained** – aspartaam E951, Na-glutamaat E621.

Toiduallergia diagnoosimiseks kasutatakse nahateste ja vereuurin-  
guid. Kahjuks on allergeeni väljaselgitamisel abiks ainult positiivsed  
nahatestid, negatiivne vastus aga ei välista allergiat. Suureks abiks on  
toidupäeviku pidamine. Vähemalt kuu vältel märgitakse üles söödud  
toidud ja reaktsioonid. Kahtlust äratanud toiduaine jäetakse mitmeks  
nädalaks menüüst välja. Kui selle uuesti menüüsse võtmine tekitab hai-  
gusnähtude ägenemise, on allergeen teada. Toiduallergiast põhjusta-  
tud vaevuste vähendamiseks saab apteegi käsimüügist osta nn  
antihistamiinseid ravimeid: Claritin, Semprex, Zyrtec, Kestin,  
Loratadin. Muu vajaliku ravi määrab arst. Ainuke efektiivne ravi on  
allergiat põhjustava toiduaine vältimine.

# EAKATE TEGEVUSTERAAPIA

\*

*Tiiu Tahk*

## PÕHIMÕISTED

Tegevusteraapia on Eestis veel küllaltki uus eriala ning seetõttu on selle mõistmiseks vajalik teada põhilisi sellel erialal kasutatavaid kutsealaseid mõisteid ja käsitlusi. Siinkohal esitan neist peamised, mis aitavad mõista järgnevat teksti.

**Tegevusteraapia** on inimese füüsilise ja psüühilise seisundi mõjutamine eesmärgipäraselt valitud tegevuste kaudu, et aidata saavutada maksimaalset toimetulekutaset igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel. Seega on tegevusteraapia suunatud kliendi iseseisvuse suurendamisele igapäevaelus.

**Tegevusterapeut** on tegevuse ja tegevusvõime spetsialist, kelle töö eesmärgiks on häirunud tegevusvõimega kliendi tegevusvõime säilitamine ja edendamine.

**Tegevusvõime** on inimese võime hakkama saada oma igapäevase eluga kodus, tööl ja vabal ajal, omades selleks vajalikke tegevuseeldusi. Tegevusvõimet mõjutavad inimese vanus, arengutase, tervislik seisund, isiklikud eesmärgid ja keskkond.

**Tegevuseeldused** on inimese võimed, mis erineval määral ja erinevates kombinatsioonides on vajalikud edukaks toimetulekuks tegevustervikutes. Tegevusteraapias jagatakse tegevuseeldused senso-motoorseteks, kognitiivseteks ja psühhosotsiaalseteks.

**Tegevustervikud** on inimtegevuse kategooriad, mis iseloomustavad igapäevaelu tegevuste jagunemist tegevuse eesmärgi järgi. Tegevusteraapias jagunevad kõik inimtegevused kolme tegevustervikusse,

milleks on enese eest hoolitsemise tegevused, töötegevused ja vaba aja tegevused.

**Enese eest hoolitsemise tegevused** on need, mida inimene sooritab iga päev säilitamiseks isiklikku iseseisvust ning mille sooritamine on aluseks edukusele teistes tegevustervikutes. Tähis ADL on ingliskeelse väljendi *activities of daily living* lühend ning tähendab tõlkes enese eest hoolitsemise tegevusi. Enese eest hoolitsemise tegevused (ADL) jagunevad otsesteks eneseteenindamise tegevusteks – *basic activities of daily living* (BADL) – ja instrumentaalseteks igapäeva-tegevusteks – *instrumental activities of daily living* (IADL) –, mis tähendab üldist toimetulekut enese eest hoolitsemisel kodus ja ühiskonnas.

**Keskkonna** käsitlemisel on tegevusteraapias kolm dimensiooni – füüsiline, sotsiaalne ja kultuuriline. Tegevusteraapia vaatenurgast võib keskkond inimese tegevusvõimet toetada või piirata.

Tegevusteraapias kasutatavad **tegevusmudelid ja viiteraamid** sisaldavad selle eriala spetsiifilisi teadmisi, on suunatud kindlale inimfunktsioonile ning annavad juhiseid sellega tegelemiseks ja praktiliseks tegevusteraapia teostamiseks.

## **VANANEMINE**

Üldteada tõde on, et Eesti on vananeva rahvastikuga maa. Paljusid maailma riike iseloomustab samasugune demograafiline olukord, millest tulenevad mitmed spetsiifilised sotsiaalsed probleemid. Põhjusiks on eakate inimeste hulga suurenemine sündivuse vähenemise ja eluea pikenemise tagajärjel. Eesti naiste keskmine eluiga on praegu kõrgem kui kunagi varem – 76 eluaastat. Meeste eluiga on lühem kui naistel ning kestab keskmiselt 61 aastat. Eestis moodustavad 65-aastased ja vanemad inimesed üle 15% elanikkonnast. ÜRO rahvastikuprognoosi kohaselt võib eakas rahvastik Eestis 2030. aastaks küündida kuni neljandikuni elanikkonnast. Ühiskonda loetakse vananevaks, kui üle 65-aastaseid inimesi on 7% elanikkonnast.

Noorus ja vanadus on suhtelised mõisted. Sageli räägitakse, et keegi on ühe või teise asja jaoks kas liiga noor või liiga vana. Mõne kohta öeldakse, et ta ei lähegi vanemaks, mõni on aga juba noores eas

vanainimene valmis. Inimeste jaotamiseks vanuserühmadesse on mitmeid võimalusi. Üheks neist on jagamine kronoloogilise vanuse järgi. Levinud arusaam on, et kuni 18. eluaastani on inimene laps, sealt edasi noor kuni 40. eluaasta piirini, vahemikus 40–65 keskealine ja 65-aastasest alates eakas. Võimalikud on ka mitmed teised jaotusalused. Üks neist on jaotamine sotsiaalse seisundi järgi, kus kaks esimest aastakümnet inimese elus on lapse- ja noorukiiga, kuni 65. eluaastani tööiga ja sellest edasi pensioniiga, millest alates inimene eakate hulka arvatakse. Ametlikes statistilistes materjalides peetakse eakateks inimesi, kes on 65-aastased ja vanemad.

Nagu elus üldse, kus peaaegu kõik on suhteline, on ka arusaamine inimese vananemisest ja suhtumine eakatesse inimestesse erinevatel aegadel olnud erinev. Pole palju möödas ajast, kui 50-aastast peeti märksa vanemaks kui praegust 70-aastast. Aeg on muutunud ning arusaamad koos sellega. Levinud on mitmeid arusaamu ja müüte inimese vananemise ja eakana elamise kohta. Eestlastel on need enamasti halletseva ja halvustava alatooniga kujutades eaka inimese elu viletsa ja vaevalisena.

Viimasel aastakümnel on Eestis tugevasti juurdunud arusaam, et vana inimene elab ilmtingimata majanduslikus vaesuses. Avatud Eesti Fondi ja Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsiooni ühisprojekti-na 2000. aastal läbi viidud eakate inimeste toimetuleku uurimuse põhjal hindasid 5% küsitletutest oma majanduslikku toimetulekut väga heaks ning 56% rahuldavaks, 36% arvasid ennast kuidagimoodi toimetulevaks ning 2% tunnistasid, et ei tule üldse toime. Kindlasti toob pensionile jäämine paljudele inimestele kaasa sissetulekute vähenemise ning uues olukorras hakkamasaamine sõltub suuresti individuaalsest kohanemisvõimest, väärtushinnangutest ja oskustest. Samuti on põhjust arvata, et praeguses Eesti sotsiaalmajanduslikus olukorras on majandusliku toimetuleku raskustega inimesi palju kõigis vanuserühmades.

Levinud on arvamus, et kronoloogiline iga määrab vananemise käigu ning eakas inimene on nii ihult kui vaimult põdur. Tegelikult on vananemine väga individuaalne protsess, mis sõltub iga isiku puhul tema füüsilisest ja psüühilisest tervisest ning elukeskkonnast. Samasugune müüt on, et vananemine toob tingimata kaasa tugeva intellektuaalsete

võimete languse ja seniilsuse, mille tõttu elatakse vaid noorpõlve mälestustes, ei suudeta mõtlemisvõime puudumise tõttu aru saada ümbritsevast olukorrast ja probleemidest ega vastu võtta asjakohaseid otsuseid. Selliseid häireid esineb eakatel inimestel küll, kuid samamoodi tabavad need ka nooremaid ja keskealisi, sest reeglina ei ole need mitte inimese vananemise, vaid haigestumise tagajärg. Kõrvuti eelnevatega eksisteerib ka mõtteviis, et vananemist eitades ning noortele omaselt elades ja käitudes on võimalik vananemist vältida.

Kõik, mis elab, see ka vananeb ning vananemisega kaasneb elujõulisuse vähenemine. Inimene hakkab vananema pärast küpsuse saavutamist kolmekümnendates eluaastates. On teada, et 30-ndatest eluaastatest alates toimub füüsiliste võimete alanemine 1% võrra aastas. Loomulik vananemine kahandab eeskätt inimese füüsilist võimekust. Vananemisest tingitud muutused, nagu füüsilise jõu vähenemine, nägemise ja kuulmise nõrgenemine, on omased enamikule eakatest inimestest. Põhjendatud uuringutulemused vananemise intellekti langetavast mõjust puuduvad. Küll aga väheneb vananedes inimese üldine tegutsemiskiirus ning mälu käepärasus, mille tõttu aeglustuvad ka mõtlemine ja otsustamine. Kuid see ei pruugi veel vähendada otsuste kvaliteeti, sest mõningase aeglustumise kompenseerivad sageli õige otsuse vastuvõtmiseks vajalikud elukogemused. Organismi vananemisest tingitud muutused tabavad ajapikku kõiki, kahandavad inimese võimekust ja vähendavad tegevusvõimet. Need muutused on pöördumatud, kuid nad toimuvad aegamööda.

Haigused hävitavad võimekust järsult ning ka kiirendavad vananemist. Vanemas eas haigused sagenevad, kuid see pole otseselt inimese vananemise tagajärg. On kindlaks tehtud, et haigestumine oleneb kõige rohkem inimese eluviisist ning sõltub palju pärilikest teguritest ja keskkonnast. Eakate toimetuleku uurimuse andmetel hindab oma tervist väga heaks ja heaks 15%, rahuldavaks 64%, halvaks 18% ning väga halvaks 1% küsitluses osalenutest.

Tegevusteraapia aluseks on holistlik suhtumine inimesse, mille järgi inimest vaadeldakse kui jagamatut biopsühhosotsiaalset tervikut toimivana pidevas vastasmõjus oma ümbritseva keskkonnaga. Põhimõtteks on, et inimest ei saa mõista ega aidata, arvesse võtmata teda ümb-

ritsevat keskkonda minevikus, olevikus ja tulevikus. Seega on tegevusteraapia vaatenurgast iga inimese puhul tähtis, millistes tingimustes on ta kasvanud ja tegutsenud jõudmaks käesolevasse olukorda, kuidas ta elab ja hakkama saab praeguses situatsioonis ning milline on tema eeldatav elukeskkond tulevikus.

Ameerika tegevusterapeut ning mitmete tegevusteraapia õpikute autor G. Kielhofner tõestab, et inimesi võib vaadelda kui avatud süsteeme, kelle tegevuslik käitumine hoiab üleval ja kujundab nende süsteemide korraldust. Jätkuv kogemus käitumisest koos bioloogilise potentsiaaliga paneb inimsüsteemi liikuma läbi eluaegse muutumise ja arengu. Iga inimese jaoks on see teekond ainulaadne, täis võimalusi ja pingutusi ning märgistatud nii positiivsete kui negatiivsete sündmustega. Areng on kompleksprotsess, mis toob kaasa muudatusi inimsüsteemi bioloogilistes, psühholoogilistes ja sotsiaalsetes dimensioonides. Inimene kui biopsühhosotsiaalne tervik on avatud süsteemina üks keskkonna osa ning muudatused süsteemi ühes osas toovad alati kaasa muudatusi teistes osades.

G. Kielhofner nimetab eakust hiliseks täiseaks. Hiline täisiga defineerub läbi bioloogiliste muutuste ja sotsiaalsete kokkulepete. Vananemine toob kaasa loomuliku tagasimineku soorituslikes võimetes ja on sagedasti seotud tervisliku seisundiga, mis tugevasti mõjutab võimekust. Sotsiaalselt tähistab hilisesse täisikka jõudmist pensionile jäämine. Raske on määratleda hilist täisiga kronoloogilise vanuse järgi. Õigem on hilisesse täisikka jõudmist seostada kahaneva võimekuse, personaalsete valikute ja sotsiaalsete kokkulepete poolt põhjustatud elustiili muutustega.

Vanadus on elukaare loomulik etapp, mis kätkeb endas sellele perioodile omaseid muutusi ja arenguid. Eakus võib olla ja peaks olema positiivne kogemus, kus oleks rohkem aega tegelda meelistegevustega, veeta perekonnaga ja järele mõtelda.

Nagu läbi kogu elukaare, on inimesel vanaduses omad, vaid sellele elujärgule omased õppimised ja arenguülesanded. Eakate eeliseks on ajalooline elukogemus, mis noorematel veel puudub. Seetõttu näevad eakad inimesed sageli oma ülesannet elu jooksul saadud teadmiste ja kogemuste jagamises nooremate põlvkondadega. Nende hooleks



on pere, kodu ja ka kogu ühiskonna tavade ja traditsioonide edasikandmine. Selle eluperioodi ülesandeks on elatud elu tunnustamine ja sellele tähenduse leidmine. See nõuab inimeselt oma elukäigu läbimõtlemist, olnud saavutuste hindamist ja kaotustega leppimist ning oma elu tunnustamist sellisena, nagu ta oli. Selle kaudu leiab inimene oma koha põlvkondade ahelas, millesse ta kunagi vastu võeti ja mille jätkumisse ta oma eluga panuse andis, ning saavutab paljudele eakatele omase erilise väärikuse.

Eakana elamine nõuab ka uute oskuste õppimist. Tuleb kohaneda muutustega tervislikus seisundis ja võimetes, tihti leppida lähedaste ja sõprade kaotusega ning õppida oma jõuvarusid hindama ja säilitama ning muutunud oludes toime tulema. Tegevusteraapia on suunatud inimese tegevusvõimele ning seetõttu ei ole esmatähtis mitte inimese vanus, vaid see, kuidas ta oma eluga toime tuleb.

## **EAKATE TEGEVUSVÕIME JA TEGEVUSTERAAPIA PÕHISUUNAD**

Tegevusteraapia toetub veendumusele, et tegevus on inimese loomupärane vajadus. Tegevus on inimesele olemuslik ja on alati olnud inimelu koostisosa. Tegutsemine annab inimesele kontrolli oma elu üle ning võimaldab osaleda isikliku elukvaliteedi kujundamises. Tegevused määravad inimese positsiooni ühiskonnas ning annavad sotsiaalse staatuse. Läbi tegutsemise ja tegevuste leiab inimene identiteedi. Seega annavad tegevused elule tähenduse ning inimesed teostavad ennast läbi tegutsemise ja tegevuste.

Inimene vajab tegevust nii bioloogiliselt kui psühholoogiliselt. Bioloogilisest aspektist mõjutab tegutsemine inimese füüsilist vormi, arendab närvisüsteemi ja motoorseid võimeid. Psühholoogilisest aspektist on inimesel loomupärane tarve avastada, luua, katsetada oma võimeid ja teostada ennast läbi tegutsemise. Läbi tegevuste saavutatakse rahulolu, edukus, võimete areng ja eneseteadlikkus. Seega on nii bioloogiline kui psühholoogiline heaolu saavutatav vaid tegutsemise kaudu.

Inimese vananedes tema tegevusvõime paratamatult langeb. Vane-maealiste inimeste tegevusvõimet mõjutavad alanevas suunas mitmed tegurid. Nende hulka kuuluvad kõigepealt soovimatud rollimuudatu-

sed ja tegevustervikute vahelise tasakaalu häirumine. Üldise seaduspärasusena vanuse kasvades töö tegevusterviku osatähtsus väheneb, vaba aja osatähtsus suureneb ning enese eest hoolitsemine hakkab nõudma järjest rohkem aega ja energiat. Tegevusvõimet langetavad ka inimese vananemisest tingitud üldine võimekuse vähenemine ja haigestumine ning haiguste tagajärjel tekkinud püsivad puuded. Tegevuskeskkond omandab vanemas eas järjest suurema tähenduse tegevusvõimet piirava või soodustava tegurina.

Tegevusteraapia vaatepunktist tähistab vanaduspensionile minek uue etapi algust inimese tegevuslikus käitumises. G. Kielhofneri järgi toob kõrvalejäämine aktiivsest tööelust kaasa nii võimalusi kui piiranguid. Iga inimese elus on sellel sündmusel individuaalne tähendus. Ühele annab see võimaluse pääseda raskest tööst ja pühenduda meelepärasematele tegevustele, olla perega koos, tegelda harrastustega. Teisele tähendab pensionile jäämine sotsiaalsete kontaktide katkemist, eneseväärtuse ja elu tähenduse kadumist. Mida iganes see sündmus ka kellelegi tähendaks, on see üks tähtsamaid tegevuslikku käitumist mõjutavaid sündmusi inimese elus. Rõhuasetus on just tegelikult töölt koju jäämisel, mitte pensioniikka jõudmisel, sest paljude inimeste tervis ja konkurentsivõime lubavad soovi korral ka pensionärina veel mitmeid aastaid tööl käia. Sel juhul säilib inimesel üks täiskasvanuea põhilisest rollidest s.o töötaja ja ülalpidamise teenija roll, mis määrab suuresti ka tema elukorralduse ja ajakasutuse. Eestis jätkab umbes neljandik vanaduspensionäridest töötamist peale ametlikku pensionile jäämist.

Tegevusvõime seisukohalt on tähtis, milliseid rolle inimene omab ja milliseid tegevusi ta enda jaoks tähtsaks ning vajalikuks peab. Samuti, kuidas ta oma rollide täitmise ja vajalike ning soovitud tegevustega hakkama saab. Vanaduspensionile jäämine on sündmus, millega tavaliselt kaasnevad olulised muudatused inimese rollides, tegevustervikutes ja ajakasutuses. Tööst kõrvale jäämisega kaotab inimene töötaja rolli, mis paljudel juhtudel tähendab töö tegevusterviku osatähtsuse olulist vähenemist inimese elus. Sel juhul jääb edaspidi rohkem võimalusi vaba aja tegevusteks, mis võivad kaasa tuua mitmeid uusi rolle. Sellel eluetapil leiavad inimesed tihti tee päevakeskustesse huvi- ja ühiste-

gevuste juurde. Tähtsustuvad harrastaja, sõbra, seltskonna- ja rühma-kaaslase rollid ning ajakasutus reguleerub vastavalt nende rollide täitmisele. Samas ei pruugigi töö tegevusterviku osakaal inimese elus pärast pensionile jäämist väheneda, vaid toimub üksnes rollide vahetumine. Töökäija roll küll kaob, kuid töö tegevusterviku osatähtsus võib jääda ka edasi kõige suuremaks majapidamistöode ja lapselaste hoidmise enda peale võtmise tõttu. Suurema tähenduse omandavad perenaise ja vanavanema roll.

Tegevusvõimeprobleeme võib pensionile jäämine tekitada sel juhul, kui see on toimunud inimese tahte vastaselt. Enamasti on need eakad, kellele aastakümnete vältel on töö elus kõige tähtsam olnud. Ennastki on nad väärtustanud vaid läbi oma töösaavutuste. Eakana tööst eemale jäädes ei oska selline inimene enam oma ajaga midagi peale hakata, kannatab üksinduse all ning tunnetab enda väärtusetust, mille tagajärjeks võib olla üldine passiivsus ja eluga toimetulematus.

Vananemine toob kaasa ka soovimatuid ja tegevusvõimet oluliselt häirivaid rollimuudatusi. Sellised muudatused tabavad eakaid paratamatult seoses abikaasa või lähedaste sõprade surmaga. Vahel jääb inimene pärast kaaslase surma päris üksi. Juhul, kui näiteks hoolitseva perenaise rolli kandis lahkunud abikaasa, jääb allesjäänud pool üsna abitusse seisundisse, kus ta isegi igapäevase enese eest hoolitsemisega ei pruugi toime tulla. Sageli kaasneva depressiooni tõttu ei ole eakas inimene tavaliselt sellises olukorras võimeline kõrvalabita hakkama saama.

Loomuliku vananemisega kaasnevad muutused ja neist tulenev võimete kahanemine toimuvad aegamööda ja võimaldavad inimesel oma eluga kõrge eani kõrvalabita toime tulla. Elujõulisust võib loomuliku vananemise puhul jätkuda veel pikkadeks aastateks üle 65. Bioloogiline vananemine hakkab tegevusvõime tasandilt tunda andma ehk 75. eluaasta paiku, mis tingib mõningaid muudatusi senises elukorralduses ja tegevusviisides. Vananemisest tulenev kõrvalabi vajadus igapäeva tegevustes ja eneseteenindamises suureneb järsult enamasti üle 85 aasta jõudes. Eakate toimetuleku ja terviseuuringu andmetel vajas igapäevaeluga hakkama saamisel iga päev kõrvalabi 32% 85-aastastest ja vanematest, täielikult sõltus kõrvalabist samas vanuserühmas 10% vas-

tanutest. Vastavad näitajad vanuses 65–84 aastat olid 8% ja 2%. Toimetuleku seisukohalt omandab keskkond järjest suurema tähtsuse. Raskeks osutub näiteks treppidest käimine, puude ja vee tassimine, ahju kütmine.

Raskemad tegevuslikud piirangud ja tegevusvõime häired tekivad eakatel haiguste tagajärjel. Kui loomulik vananemine alandab tegevusvõimet aegamööda ning inimene jõuab muudatustega ajapikku kohaneda ja nendega arvestama õppida, siis haigus mõjutab tegevusvõimet järsult ja sügavamalt. Tekivad tõsised tegevusvõime häired, kus eakas inimene oma eluga enam iseseisvalt ei pruugi toime tulla. Samuti avaldub keskkonna tegevusvõimet soodustav või takistav mõju teravamalt kui loomuliku vananemise puhul.

Nii nagu vananemine on ka sellega kaasnev tegevusvõime langus iga inimese puhul väga individuaalne. On inimesi, kes veel kõrges easki kõrvalabita hakkama saavad. Ühed suudavad haigustest küllaltki edukalt taastuda ning jälle iseseisvalt jätkata. Teised on sunnitud aastaid kõrvalabi kasutama. Vanaea saatus oleneb paljudest asjaoludest: pärilikkusest, eluviisist, tervisest, keskkonnast, isiklikest jõuvarudest, motiivatsioonist jne.

Eakate tegevusteraapial on kolm põhisuunda. Esimeseks on oma kodus elavate eakate inimeste iseseisva toimetuleku toetamine. Need on suhteliselt terved inimesed, kellel võib mõningaid tegevusvõime probleeme tekkida loomuliku vananemise tõttu. Teine suund on ravil viibivate eakate tegevusvõime taastamine ja koju tagasi pöördumise toetamine. Need on eakad, kelle tegevusvõime on häirunud haiguse tagajärjel, kuid kelle keskkond ja isiklik potentsiaal võimaldavad pärast haigust koju tagasi pöörduda. Kolmas suund on hoolekandetasustuses elavate eakate olemasoleva tegevusvõime taseme säilitamine ja toetamine.

## **TERVETE EAKATE TEGEVUSTERAAPIA**

Tervete eakate all mõeldakse suhteliselt stabiilses tervislikus seisundis eakaid, kellel ei ole haigustest tingitud raskeid ja tegevusvõimet tugevasti häirivaid puudeid ning kelle tegevusvõime ei ole ka loomuliku vananemise tõttu veel oluliselt kannatanud. Need on inimesed, kes iga-

päeva tegevustes kõrvalabi ei vaja ning omavad pärast pensionile jäämist piisavalt vaba aega ja isiklikku potentsiaali aktiivseks ja rahuldustpakkuvaks vanaduspõlveks.

Tegevusteraapial on selle kliendirühmaga töötamisel kaks peamist suunda. Üheks suunaks on abistamine psühhosotsiaalse arengu probleemide ning nendest tulenevate toimetulekuoskuste häirumise puhul. See on juhul, kui inimesel tekivad raskused isikliku vananemisega kohanemisel, mis on psühhosotsiaalse küpsuse küsimus. Teiseks suunaks on eakate tegevusvõime võimalikult parem säilitamine ning vananemisest ja kroonilistest haigustest põhjustatud tegevuslike häirete mõju vähendamine toimetulekule. Viimane on suures osas tegevusvõime langust ennetav ja aeglustav töösuund ning sisaldab peamiselt kliendi õpetamist ja nõustamist ning keskkonna tegevusvõimele vastavaks kohandamist. Üldised tegevusteraapia eesmärgid selle kliendirühma puhul on tugivõrgustiku loomine, alternatiivsete tegevusviiside õpetamine ja keskkonna kohandamine.

Enamik inimesi jääb töölt ära pensioniea saabudes või mõnevõrra hiljem, tunnetades ise, et halveneva tervise, kahanevate võimete või oskuste tõttu on saanud aeg pensionile minna. Osa ei jõua pensioniiga ära oodata, sest neid vajatakse lapselapsi hoidma või on mingid muud eelistatamad tegevused ootamas. Enamasti tunnistatakse pensionile jäämise vajadust ja ollakse elust optimistlikul arvamusel. Töölt ära jäädes leitakse endale jõukohased kohustused ja tegemised, mille kaudu tunnetatakse enda ühiskondlikku kasulikkust ja vajalikkust. Vajalikkuse tunne seob inimest ühiskonna ja teiste inimestega ning annab rahulolu ja eneseväarikuse. Paljud eakad võtavad enda peale koduse majapidamise ja pere eest hoolitsemise. Teised leiavad rakendust vabatahtlikus töös ja ühiste ettevõtmiste heaks tegutsedes. Tunnetatakse oma võimeid ja võimalusi, ollakse rahul elatud eluga ning lepitakse ka võimete ning elujõu kahanemisega ja läheneva surma kui elukaare poolt ettenähtuga. Selliseid inimesi nimetatakse küpseteks vanadeks.

Ameerika tegevusterapeudi A. C. Mosey järgi on üle 65-aastaste esimene arenguülesanne edukalt toime tulla pensionile jäämisega ja töötaja rolli kaotusega. Avarduvad ajalised võimalused uuteks tegevusteks, huvideks ja rollideks ning harjumuspärane ajakasutus tuleb üm-

ber korraldada vastavalt inimese jaoks uutele tingimustele. Osa inimesi kohaneb sellise ajakasutuse ja rollide muutusega kergesti, teistele võib see valmistada probleeme. Tihtipeale kaasnevad raskused siis, kui inimene ise ei ole pensionile jäämiseks valmis olnud ning eriti juhul, kui töö on olnud peamiseks eluväärtuseks ning suhtlemisringiks enamasti vaid töökaaslased. Ei suudeta leida enda arvates mõistlikku sisu tekkinud vabale ajale, hakatakse tunnetama enda väärtusetust ning kasutust ja edasise elu mõttetust. Leitakse, et pensionile jäämine on kõige lõpp, ei suudeta leppida vananemisega, halvustatakse ennast ja kadestatakse nooremaid ning tõmbutakse üksindusse. Tulemuseks on passiivsus, ükskõiksus ja üldine toimetulematus.

Ajaline kohanemine tähendab oma sotsiaalsete rollide korraldamist ajamõõtnes. See tähendab oskust kasutada aega vastavalt oma rollidest tulenevatele kohustustele ning saada rahuldust nende täitmisest. Aeg on iga inimese jaoks limiteeritud ressurss. Ajataju on elukaare erinevatel etappidel erinev. Lapsele tundub aeg lõpmatuna, sest kogu aeg peab midagi ootama. Noortel on ühelt poolt kogu aeg kiire, kõike peab saama kogeda ja kohe. Teiselt poolt tundub, et elu on lõpmatult pikk ja aega on ees veel rohkem kui küll. Keskeas tekib arusaam ka enda surelikkusest ja paratamatust ajapiirangust, mis sunnib eesmärgi kohendada. Vanas eas tuleb hirm aja kadumise ees ning hakatakse olevikku kõrgelt hindama.

Aega tajutakse ka tsükliliselt. Kogu maailm toimib tsükliliselt. Aastaajad vahelduvad kindlas korras, päeva järel tuleb öö, inimene sünnib, elab ja sureb. Igas päevas on mingi kindel rütm ja rutiin ning harjumuspärase korra purunemine tekitab alati mingil määral segadust.

Aja kasutamine on õpitud oskus. Inimene omandab sotsialiseerumise kaudu ühiskonnas aktsepteeritud ajakasutuse tavad ja rütmi. Ühiskond määrab ka üldise ajalise raamistiku, mille vältel selle liikmed täidavad erinevaid rolle. Lisaks ühiskonna poolt määratud reeglistikule korraldab ja rütmib inimene oma aega ka vastavalt sotsiaalsete gruppide arusaamadele ja iseenda vajadustele, väärtushinnangutele ja huvidele. Sel moel omandab inimene rollid ja jaotab aega erinevate tegevuste vahel. Aja rütmitamise ja kasutamise baseerub teadlikkusele oma sisemisest rütmist, isiklikele eesmärkidele ning prioriteetidele ja seostele erinevate rollipartneritega.

Ajakasutuse häired tekivad tavaliselt sotsiaalsete rollide muutustega. Pensionile jäänud inimene on kaotanud senise peamise ajarütmitaja – töö – ning tema harjumuspärane ajakasutuse struktuur on tasakaalust väljas.

Tegevusteraapias on sotsiaalsete rollide täitmise ja rollide ning ajakasutuse muutumisega kohanemise probleemide käsitlemisel teoreetiliseks aluseks A. C. Mosey psühhosotsiaalne tegevusmudel. Selle järgi on psühhosotsiaalne häire isiku vaimse tervise ja tegevusvõime häire, mis takistab inimest eesmärgipäraselt oludega kohanemast. Psühhosotsiaalne tegevusmudel koosneb omakorda kolmest viiteraamist. Nendeks on arenguline viiteraam, analüütiline viiteraam ja omandatud oskuste viiteraam.

**Arenguline viiteraam** annab seosed inimese arengu teooriate, mitmete tegevuste easpetsiifilise olemuse ja toimetulekuks vajalike põhi- oskuste omandamise vahel. Selle viiteraami põhjal on üheks vajalikuks oskuseks mina-identiteedi oskus. Küps mina-identiteet on võime tunnetada ennast iseseisva, tervikliku, tunnustatud isikuna, kellel on kestvust ja ajalist jätkuvust. See on adaptiivne oskus, mis areneb läbi elukaare. 60. eluaastaks peaks inimesel välja arenema võime mõista enda vananemist ja surma kui osa elukaarest. See võime tähendab nõustumist enda vananemise ja surmaga, oskust leida rakendust vastavuses oma reaalsete füüsiliste ja psüühiliste võimetega ja jätkuvalt tunnetada ennast kasuliku ja oma panust andva sotsiaalse olendina. Eakohaselt välja arenemata mina-identiteedi oskus pensionile jäämise eas väljendub ülemäärases tööügamises, oma vanuse eitamises ning enda teiste poolt kõrvale tõugatuna tundmises.

**Analüütiline viiteraam** käsitleb inimese psühholoogilist toimimist universaalsetes olukordades, milleks on reaalsus, usaldus, intiimsus, adekvaatsus, sõltuvus/sõltumatus, seksuaalsus, agressioon, kaotus. Need on elu jooksul ettetulevad olukorrad, millega inimene puutub kokku korduvalt elukaare erinevatel etappidel ning olenevalt psüühika dünaamilistest aspektidest (vajadused, emotsioonid, väärtushinnangud, huvid, motivatsioon, eneseteadlikkus, arvamus teistest inimestest) kujuneb inimese sisemine suhtumine neisse olukordadesse ja vastav käitumine. Oluliselt muutunud elusituatsioonis võib viis, kuidas inime-

ne on mõnda universaalsesse olukorda suhtunud ja seda käsitlenud enne, osutuda sobimatuks ja uutes tingimustes pidurdavaks. Tegevusteraapia eesmärgiks analüütilise viiteraami põhjal on aidata inimesel leppida probleeme tekitanud universaalse olukorraga. Leppimine tähendab inimese mõtete ja tunnetega kokkuleppe või harmoonia saavutamist mingi universaalse olukorra suhtes.

**Omandatud oskuste viiteraam** käsitleb sotsiaalsete rollide õppimist. Eeldatakse, et inimese käitumisviis oleneb keskkonnast, kus ta tegutseb ning otsene tegevuskeskkond mõjutab käitumist enam kui eelnevalt omandatud käitumisviisid. Viiteraam on sobiv kasutamiseks inimeste puhul, kellel on raskusi sotsiaalsete rollide täitmisel ning eriti nende puhul, kellel tekivad häired ühest rollist teise üleminekul või kes muutunud elusituatsiooni tõttu peavad õppima oma rolle täitma senisest erineval viisil.

A. C. Mosey järgi jagunevad sotsiaalsed rollid nelja suurde rühma, milleks on peresuhted, igapäevatoimingud, töö ja vaba aeg. See on suhteliselt varieeruv jagunemine, mis sõltub iga inimese puhul tema vanusest, sotsiaalsest kuuluvusest, võimetest, isiklikest huvidest ja eesmärkidest. Selleks, et inimene suudaks oma rolle täita ennast ja teisi endaga seotud inimesi rahuldavalt, peavad rollid olema korraldatud mingis optimaalses ajasuhtes, mida nimetatakse ajas kohanemiseks. Rollioskused omandatakse õppimise teel loomuliku arengu käigus ümbritseva keskkonna, isiklike huvide ja eesmärkide vastasmõju protsessis. Rollioskused võivad häiruda haiguse, rollipartneri kaotuse või mõne järsu elusituatsiooni muutuse tagajärjel. Sel juhul tuleb inimesel ümber hinnata ja korraldada oma rollide prioriteetsus ning ajakasutus, õppida uusi oskusi toimetulekuks oma seniste või uute rollidega, täpsustada oma rollid vastavalt praegustele võimetele, loobuda kaotatud rollist.

Psühhosotsiaalsete oskuste arendamisele ja parandamisele suunatud tegevusteraapia viiakse läbi rühmateraapia. Tegevusteraapias kasutatakse mitmeid rühmatöö vorme. Igal neist on oma terapeutiline eesmärk ja toime. Psühhosotsiaalsete oskuste parandamisel on eesmärgipärased suhtlemiskeskused tegevuslikud rühmad, kus tegevus toimib suhtlemise ärgitajana. Tegevus on suunatud meelelahutusele, osa-



lemisele ja naudingu saamisele ühistegevusest, kogemuste jagamisele ja sotsiaalse suhtlemise julgustamisele. Sobivad on erinevad teemarühmad. Eesmärgiks on arvamuse ja tunnete muutumise tagajärjel endas ja teistes toimuv käitumise muutumine ning toimetulekuvõime paranemine.

Probleeme tekitavaks valdkonnaks on vananedes sageli suurenenud vaba aja osatähtsus. Seoses pensionile jäämisega, laste kodunt lahkumisega või lähedaste inimeste kaotusega jääb järsku ootamatult palju aega, millega ei osata midagi peale hakata. Paljudel ei ole olnud pika aja vältel töö- ja perekohustuste kõrvalt ei aega ega jõudu vaba aja tegevustele tähelepanu pöörata. Sageli on sellistel inimestel endil ka vähe mõtteid oma huvide kohta, nad tõepoolest ei teagi, millised tegevused võiksid neile rõõmu ja naudingut pakkuda ning millega nad oma võimete poolest võiksid hästi hakkama saada. Samuti ei teata üldjuhul eriti ühiskonna poolt pakutavaid tegevusvõimalusi eakatele. Kitsas või juba hoopiski puuduv sõprade ring soodustab infosulu tekkimist.

Tegevusvõime toetamise ja säilitamise seisukohalt omavad väga suurt tähtsust eakate päevakeskused, eneseabi- ja nõustamisühingud ning klubid, mis pakuvad suhtlemise ja huvitegevuse ning õppimise võimalusi eakatele. Päevakeskustes töötavad erinevad kindla liikmeskonnaga huviringid ja -klubid. Samuti korraldatakse ühekordseid üritusi ja tähtpäevade tähistamisi laiemale osavõtjate ringile ning on ka võimalus lihtsalt sisse astuda ja teistega kohtuda, juttu ajada ja aega veeta, võib leida uusi tuttavaid ja kaaslasi ning jõuda huvipakkuvate ja jõukohaste tegevuste juurde. Tähtis on läbi sellise tegevuse saada vajalikkuse tunne ning tunnustuse kogemine, samuti sõprussuhted, mis vanemas eas endisest suurema tähtsuse omandavad.

Eakate toimetuleku ja terviseuuringu andmetel osalevad meil päevakeskuste töös, eakate klubilises tegevuses ning eakate üritustel sagedamini kui kord kuus ~15% üle 65-aastastest. 70% samaealistest ei osale ühistegevustes ning 14% osaleb väga harva. 28% vastanutest on kursis oma piirkonna eakatele mõeldud vaba aja veetmise võimalustega, 48% ei ole kursis ning 24% vastanutest see temaatika ei huvita. Enamus eakaist nimetab oma harrastusena televiisori vaatamist,

raadio kuulamist ja lugemist. Ligi pooled eakatest sisustavad oma vaba aega suvilas ja majapidamises vajalike toimetuste ning aiatööga. Kuni 70. eluaastani pole umbes viiendikul inimestest veel aega eakatele mõeldud üritustel ja tegevustes osaleda. 47% eakaist ei luba halvenenud tervislik seisund osaleda.

Tegevusvõime langust ennetava tegevusteraapia puhul jõuab tegevusterapeutiline abi eakateni enamasti samuti päevakeskuste, eneseabi ühingute ja eakaid ühendavate organisatsioonide kaudu, kes korraldavad õppepäevi nii oma liikmeskonnale kui ka eakatega tegelevale töötajaskonnale. Tegevusterapeut on selles töösuunas tegevusvõimealase spetsialisti-nõustaja rollis.

Tegevusvõimealane nõustamine ja tegevusvõime languse ennetamine algab inimese vananemisest ja haigustest tulenevate tegevuslike probleemide selgitamisest. Inimene on elu jooksul harjunud toimetama kord kätte õpitud ning harjumuspäraseks kujunenud viisil ning vananemisest või haiguste süvenemisest tingitud piirangute tekkimisel ei pruugi ta ise osata oma elukorraldust toimetulekut soodustavamaks ja tervist säästvamaks kohandada. Harjumuse jõud on tavaliselt suur ning probleemide tekkimisel püütakse esialgu kasvõi tervise hinnaga jätkata tegutsemist endisel viisil, mis sageli viib häire süvenemisele ja kiiremale kõrvalabi vajaduse tekkimisele. Ei osata näha alternatiivseid toimetuleku võimalusi, mida pakuvad tegevuskeskkonna kohandamine, tegevusvõimet toetavate abivahendite kasutamine ja uute tegevusviiside omandamine.

Tegevusterapeudi esmaseks ülesandeks on selgitada, kuidas mõjutavad vananemine ja erinevad haigused inimese tegevusvõimet ning millised on ilmingud, mille puhul peaks hakkama mõtlema tegevusvõime säilitamisele ja senise elukorralduse muutmisele. Vanematel inimestel on tihtipeale uuenduste omaksvõtmine suhteliselt aeganõudvam ning seetõttu on hea juba eelnevalt teada, milliseid tegevuslikke piiranguid vananemine kaasa võib tuua ja millised on võimalused nende mõju vähendamiseks ning tõsiste häirete vältimiseks või edasi lükkamiseks.

Hulgaliselt võimalusi tegevusvõime toetamiseks sisaldab endas keskkonna kohandamine ja seda nii füüsilise kui sotsiaalse keskkonna osas. Tegevusteraapia üheks põhiteadmiseks on, et tegevusvõime

seisukohalt on keskkonnategurite mõju tegevuse sooritamisele sama-väärselt tähtis inimese tegevuslike võimetega. Inimese vananedes omandab tegevuskeskkond järjest suurema tähtsuse tegevusvõimet toetava või takistava tegurina. Näiteks on kukkumiste tagajärjel tekkinud vigastused üheks sagedasemaks eakate tegevusvõimet järsult ja oluliselt vähendavaks põhjuseks. Suures osas on selliseid õnnetusi võimalik vältida lihtsate ja samas ka üldiselt teada olevate kohanduspõhimõtete järgimisega eaka kodus. Nendeks on korralagedusest hoidumine, valgustuse parandamine, libisevate põrandavaipade vältimine, kontrastsete värvilahenduste kasutamine ning riiulite ja kappide paigutamine madalamale, et vajalike esemete kättesaamiseks ei peaks näiteks taburetile ronima.

Üheks keskkonda toetavaks muutmise võimaluseks on eaka füüsiliste võimete vähenemist kompenseerivate abivahendite kasutusele võtmine. Tegevusterapeudi tööks on abivahendite tutvustamine, soovitanine ning nende kasutamise õpetamine. Hea on, kui inimesed saavad erinevate abivahendite olemasolust ja otstarbest teada juba enne raskemate tegevuslike häirete tekkimist. Sel juhul ei ole see valdkond neile isikliku vajaduse tekkimisel enam täiesti tundmatu maailm ja nad suudavad abivahendi kasutamist loomulikuna võtta. Sageli on eakatel, kes varem abivahenditega kokku pole puutunud, esialgu selles osas psühholoogiline tõrge. Samuti kujutab abivahendi kasutama õppimine ning selle kasulikkuses veendumine endast teatud pingutust.

Vananemine ja haiguste süvenemine võivad tegevusvõime säilitamise eesmärgil kaasa tuua vajaduse uute tegevusviiside järele. Sel juhul tuleb oma igapäevaseid toimetusi hakata tegema senisest harjumuspärasest erineval viisil. See eeldab uuel viisil tegutsemise põhimõtete omandamist, uutmoodi tegutsemise ja esialgu harjumatu võtete õppimist ning uute harjumuste kujundamist. Vanuse kasvades on toime-tulekuvõime säilitamiseks otstarbekas järgida näiteks energiasäästliku tegutsemise põhimõtteid. Nende hulka kuuluvad tegevuse lihtsustamine, otstarbetute pingutuste vältimine, tegevuse astmestamine ja pingutuse vaheldamine puhkusega. Kliendi tegevusvõime tasemele vastavate tegevusviiside väljatöötamine ja uuel viisil tegutsemise õpetamine on üks osa tegevusterapeudi tööst eakate tegevusteraapias.

## TEGEVUSTERAAPIA EAKATE HOOLEKANDEASUTUSES

Eestis on sadakond eakate hoolekandeaustust, kus kokku elab umbes 3500 inimest. Sotsiaalhoolekande seaduse järgi elavad hoolekandeaustuses inimesed, kes erivajaduste või sotsiaalse olukorra tõttu ei ole suutelised iseseisvalt elama ning kui nende toimetulekut ei ole võimalik tagada teiste sotsiaalteenuste või muu abi osutamisega. Hoolekandeaustuse ülesandeks on tagada oma asukatele nende eale ja seisundile vastav hooldamine ning sealhulgas ravimine, põetamine, rehabilitatsioon, kasvatamine ja arendamine.

Üldjuhul elavad hoolekandeaustuses need eakad inimesed, kes kõrge vanuse või haigusest tingitud raskete puuete tõttu ei ole enam suutelised oma kodus ei lähedaste toel ega nende puudumisel avahooliduse poolt pakutavate teenuste abil toime tulema. Tavaliselt on nende inimeste tegevusvõime sedavõrd alanenud, et on tugevasti häirunud eaka toimetulek otsese eneseteenindamisega või on tegevusvõime häirimise tõttu tekkinud tõsine oht eaka enda või teiste turvalisusele.

Iga eaka jõudmine hoolekandeaustusse on väga individuaalne sündmus, kuid enamasti toob see siiski kaasa tugevaid üleelamisi, stressi ja pikaajalisi kohanemiskursusi. Enamik meie eakaist peab hooldekodusse elama minekut selleks viimaseks variandiks, millest midagi head loota ei ole. Kuigi hooldekodud pole Eestis ammu enam sellised nagu neist paarikümne aasta tagustes mälestustes jutustatakse, ei taha keegi oma kodust ja harjumuspärasest keskkonnast lahkuda. Stressi tekitab nii lahkumine oma kodust ja tuttavast ümbrusest kui ka uue keskkonnaga kohanemine ja seal hakkama saamine.

Paljudel juhtudel on eakas inimene enne hooldekodusse jõudmist pidanud üle elama mitmed eelnevad ümberasumised. See on juhul, kui inimene on pärast haigestumist sattunud haiglasse, sealt raskusi tervisliku seisundi tõttu edasi hooldusravile ja lõpuks haiguse tagajärjel tugevasti häirunud tegevusvõime pärast hoolekandeaustusse. Mõnikord on vahepeelseks etapiks peale haiglat veel ka ajutine elamine sugulaste juures, kust eakas ulatusliku kõrvalabi vajaduse tõttu lõpuks ikkagi hooldekodusse paigutatakse. Tervislikust seisundist ja mitmetest üksteisele järgnenud ümberasumistest on vana inimene tihti peale oma olukorras orientatsiooni kaotanud ja võtab hooldekodu esialgu järje-

kordse ajutise haiglas viibimisenä ning ootab kojusaamist ja muretseb sinna maha jäänud kassi või toalilide pärast. Lõpuks oma asukohas ja olukorra pöördumatuses selgusele jõudes on depressioon vältimatu ning sellest tulenev psüühilise tegevusvõime langus mõjutab samas suunas ka füüsilist toimetulekut.

Lisaks tervislikule seisundile ja isiksuslikele omadustele mõjutavad ümberasumise stressi tekkimist ja selle sügavust ning mõju eaka tegevusvõimele oluliselt keskkonna tegurid. Esimeseks neist on vana harjumuspärase ja uue keskkonna sarnasuse aste. Mida suuremad on uue keskkonna erinevused vanaga võrreldes, seda raskem on eakal nendega kohaneda.

Teiseks teguriks on sotsiaalsete suhete katkemise ulatus. Sageli paigutatakse eakas kaugemale oma senisest kodust, mille tõttu katkevad jäädavalt sidemed endiste naabrite, sõprade ja tuttavatega. Ei ole harvad juhtumid, kus sugulased või lähedased inimesed hooldekodusse asunud eaka kiiresti unustavad.

Kolmandaks teguriks on isikliku valiku ja iseseisva otsustamise ning privaatsuse tase. Kuigi inimene võib hooldekodusse asudes vajada ulatuslikku kõrvalabi, tunnetab ta paratamatult isikliku kontrolli kadumist oma elukorralduse üle. Hooldekodu elanik ei ole enam ise oma elu peamine korraldaja, tema ajakasutust ja tegevusi hakkavad suuremas osas määrama asutuse reeglid ja rutiinid. Samuti tuleb hakata arvestama uute ning esialgu võõraste kaaslaste soovide ja vajadustega. Sageli tuleb harjuda pealesunnitud kooslusega ning ööpäevaringse teiste silma all elamisega.

Neljandaks on eelnev teadmine ja ettekujutus uuest elupaigast. Mida reaalsem see on, seda kergem on kohanemine. Adekvaatse ja kiirustamata toimuva hooldekodusse mineku ettevalmistusega on võimalik eaka ümberasumisest tingitud üleelamisi tunduvalt vähendada ja tema psüühilist tegevusvõimet säästa.

Kui päevakorda tõuseb küsimus eaka hooldekodusse suunamisest, siis tuleks kõigepealt tema endaga sellest rääkida. Ta peab olema teadlik oma tegevusvõime hindamisest ja selle eesmärgist, saama teada hinnangu tulemused ning omama sõnaõigust lõpliku otsuse tegemisel. Sugulaste või teiste lähedaste olemasolul tuleb eakaga läbi rääkida ka

nende reaalsed abistamise võimalused, et vähendada põhjendamatuid lootusi ja ära hoida asjatuid solvumisi ning säilitada eakale suhteid väljaspool hooldekodu niipalju kui võimalik. Hea on, kui eakas saab enne lõplikku ümberasumist käia konkreetset asutust vaatamas või näha kas või pilte sellest kohast, kuhu tuleb minna. See annab inimesele tunde, et sihtkohast on juba midagi teada ja ei ole tegemist üksi tundmatusse minekuga. Samuti on vajalik anda inimesele aega oma asjade läbimõtlemiseks. Tuleb arvestada, et hooldekodusse asumine ei ole kunagi kerge otsus.

Tegevusteraapia sisuks hooldekodus elavate eakate inimeste puhul on nende tegevusvõime toetamine ja olemasoleva iseseisvuse tase võimalikult pikemaajalisem säilitamine. Põhirõhk on enese eest hoolitsemise tegevustega toimetulekul ja üldisel aktiveerimisel.

Tegevusteraapia üheks olulisemaks osaks ning tegevusterapeudi peamiseks tööülesandeks eakate hooldekodus on tegevusvõime hindamine. Tegevusvõime hinnang peaks hooldekodus elava eaka jaoks olema kogu tema elukorralduse aluseks. Hindamisel on kaks eesmärki. Esimeseks eesmärgiks on inimese võimekuse hindamine, sest sellest oleneb tema edasine teenuste ja kõrvalabi vajadus. Teiseks eesmärgiks on välja selgitada, kas inimesel on parandatavaid või kompenseeritavaid tegevuslikke häireid, mille likvideerimisel saaks tema tegevusvõimet tõsta.

Tegevusvõime hindamine on eakate hooldekodus pidevalt toimuv protsess. Esimene hindamine tuleb teha eaka hooldekodusse saabumisel. Hea on, kui tegevusterapeudil õnnestub kohtuda ka eakat saatma tulnud omakse või sotsiaaltöötajaga, kes inimese probleemidega hästi kursis on. Hindamise käigus selgub kliendi esialgne kõrvalabi vajadus ning soovid ja lootused hooldekodusse asumisel. Mõne aja pärast, kui inimene on jõudnud olukorraga juba kuigivõrd kohaneda, tuleb teha täpsustav hindamine, sest eaka tegevusvõime võib uues olukorras järsult muutuda ja seda nii paremuse kui halvemuse suunas. Ideaalis peaks tegevusvõime hinnangust lähtuvalt olema korraldatud eakale osutatav kõrvalabi ning ka talle pakutavad tegevusvõimalused. Tegevusvõime hindamise pidevus tähendab seda, et iga hooldekodu asuka tegevusvõimet tuleb teatud aja tagant uuesti hinnata, sest eaka inimese toime-

tuleku tase võib väga kiiresti muutuda. Tingimata tuleb uus hinnang kõrvalabi vajadusele anda pärast haiguse ägenemist või haiglas viibimist.

Tegevusvõime taseme parandamise võimalus võib realiseeruda isiklike abivahendite kasutuselevõtmise, igapäevaste enese eest hoolitsemise tegevuste uuel võimetekohasemal viisil tegema õppimise, hooldekodusse ümber asumise stressi vähendamise või jõukohaste vaba aja tegevuste leidmise ja selgeksõppimise kaudu. Sel juhul võib inimene mõne aja vältel vajada individuaalset tegevusteraapiat. Näiteks on praktilises hooldekodus üpris sage nähtus, et eaka nägemine on niivõrd alaneanud, et ta ei näe enam ei ajalehte ega endale saabunud õnnitluskaarte ja kirju lugeda, samuti ka oma kodunt kaasa võetud fotosid vaadata. Paljudel juhtudel võimaldaks säilunud nägemine veel lugeda luubiga, kuid seda ei teata ja ei osata. Luubiga lugemine on spetsiifiline oskus, mis vajab õppimist ja mõningast harjutamist, mis tegevusteraapeudi abil kindlasti selgeks saaks ning eakale omajagu iseseisvust juurde annaks. Samuti võib individuaalne teraapia olla vajalik pärast ajutist haigestumist või traumat endise tegevusvõime taseme taastamiseks.

Tegevusteraapia teiseks töösuunaks hooldekodus on keskkonna kohandamine tegevusvõimet toetavaks ning seda nii füüsilise kui sotsiaalse keskkonna osas. Füüsilise keskkonna tegevusvõimele vastavaks kohandamise eesmärk on soodustada eaka võimalikult iseseisvamat toimetulekut igapäevaste tegevustega ning tagada eakale turvaline tegutsemine. Üldisi keskkonna kohandamise nõudeid, mis tulenevad inimese füüsiliste võimete vähenemise kompenseerimise vajadusest on meie hoolekandeesutustes ehituse, rekonstrueerimise ja sisustamise käigus enamasti arvesse võetud. Nende hulka kuuluvad ruumide kohandamine ratastooliga liikumiseks, kaldteed, käsipuud, spetsiaalselt sisustatud WC-d ning pesemisruumid, liikumisabivahendid jne.

Tegevusteraapeudi abi füüsilise keskkonna kohandamise osas vajatakse eeskätt konkreetse kliendi või klientide rühma tegevusvõime häire eripärast lähtuvalt. Vajadus tegevusteraapeudi nõuannete järele keskkonna toimetulekut soodustavamaks muutmisel tekib sageli spetsiifiliste kognitiivsete ja tajuhäirete esinemise puhul. Selliste häirete korral ei tarvitse eakas inimene ise aru saada oma tegevuslike probleemide põhjustest ning tavaliselt ei oska ka hoolduspersonal teda aidata.

Üheks selliseks näiteks võib olla insuldihaike eaka puhul spetsiifilise tähelepanuhäire, neglekti, ilmnemine, mille tõttu kaob võime märgata ajukahjustuse vastaspoolelt tulevaid ärritajaid. Sel juhul jäävad leidmata asjad, mis asuvad ajukahjustuse vastaspoolel, eksitakse ruumis, võib tekkida raskusi riietumisel ja söömisel ning teistes enese eest hoolitsemise tegevustes. Selline inimene ei suuda lugeda ega tunne huvi televiisori vaatamise vastu. Pole mõtet püüda inimest korraks kutsuda, toimetuleku parandamiseks tuleb paigutada vajalikud asjad tema tähelepanu piirkonda ning teda vajalikul määral tegevustes juhendada.

Samasuguse näite võib tuua ka desorienteeritud eakate ruumide kujundamise kohta. Sageli ja eriti pühade puhul püüavad töötajad kõige paremast tahtest nende inimeste kasutuses olevaid ruume rõõmsamaks sisustada riputades kõikvõimalikke kaunistusi, mis töötajatele endile võivadki täiesti asjakohased tunduda. Kuid kohas ja isikutes desorienteeritud inimene, kellel igapäevaseski ümbruses tuleb ette eksimisi, ei pruugi muutunud olukorras näiteks WC-st tulles enam oma vooditki üles leida. Seega saavutatakse toetamise asemel vastupidine efekt, kus keskkonna muutus tingib desorientatsiooni süvenemise ning tegevusvõime languse. Peab teadma, et desorienteeritud inimene saab tuttavast ümbrusest ja rutiinsetest tegevustest tuge ning see aitab tema tegevusvõimet säilitada..

Sotsiaalse keskkonna kohandamine tegevusvõimet toetavaks tähendab abistamise ja juhendamise ning aktiveerivate tegevuste korraldamist vastavuses konkreetse kliendi tegevusvõime tasemega. Selle eesmärgi teostamine on võimalik hoolduspersonali, tegevusjuhendajate ja tegevusterapeuti hea koostöö tulemusel. Hooldekodus elavat eakat tuleb igapäevastes tegevustes abistada vaid niipalju, kui ta seda oma võimete häirimise tõttu möödapääsmatult vajab. Ülemäärane abistamine ja hooldamine, mida hooldekodudes sageli kohtab, tekitab õpitud abituse ja toimetulekuvõime kiirema languse. Toetama peaks iga väiksematki võimalust iseseisvaks tegutsemiseks ja oma asjade ise otsustamiseks.

Tegevusvõime säilimise seisukohalt on eakate hooldekodus tähtsad aktiveerivad ja vaba aega sisustavad tegevused. Selles valdkonnas võib tegevusterapeut olla tegevusjuhendajatele heaks nõuandjaks te-



gevuste valikul ja nende läbiviimisel, et need paremini oma eesmärgi täidaksid. Tegevusteraapias on reeglilik, et pakutud tegevus peab olema kliendile tähenduslik. Tegevus on inimesele tähenduslik siis, kui ta vastab tema huvidele ja väärtushinnangutele ning seondub harjumuste, rollide ja keskkonnaga. Sel juhul on tegevus inimesele motiveeriv ning osalemine pakub rahuldust ja positiivseid emotsioone.

Eakate hooldekodus peab olema mitmeid võimalusi aja veetmiseks, kuid mis on kellelegi tähenduslik, on jällegi väga individuaalne. Tavaliselt liialdatakse kõikvõimalike laua ääres tehtavate käeliste tegevustega ning meisterdamistega. Värvitakse, joonistatakse, lõigatakse ja liimitakse. Töötaja lähtub tegevuse korraldamisel enda võimetest ja tegevuslikest eelistustest oskamata alati arvestada, et eakale võib see tegevus üpris arusaamatu ja mõttetu tunduda. Iga eakas ei suuda mõista, miks peab vanainimene neid pilte värvima või pabereid lõikama, kuid ei taheta kena inimest pahandada ja täidetakse korraldust. Samas on kindlasti eakaid, kellele sellised tegevused meeldivad ning kes nendega kogu elu jooksul kokku on puutunud. Kuid teisele võib tolmu pühkimine, lillede kastmine või kapi koristamine jälle joonistamisest palju tähenduslikum tunduda. Põhimõtteks peaks olema, et tegevusvõimalusi tuleb pakkuda, kuid osalemine on eaka enda otsustada. Kui ei soovita osa võtta, siis peaks eaka soovi aktsepteerima.

Tegevusteraapias kasutatakse töös raskemate kognitiivsete häiretega eakatega mitmeid meetodeid, mille ühiseks eesmärgiks on desorienteeritud eaka tegevusvõime toetamine ning elule tähenduse leidmine. Nende meetodite abil püütakse aidata eakal väljendada oma soove, leida tunnistust ning rahulolu ja võimaluste piires püsida realses keskkonnas.

Üheks neist meetoditest on validatsiooniteraapia, mille eesmärkideks on eaka inimese eneseväärikustunde toetamine, stressi vähendamine, suhtlemisvõime säilitamine, minevikuprobleemidele lahenduse ning olemasolule tunnistuse leidmine ja füüsiliste võimete säilitamine. Meetodi sisuks on eaka vajadustest lähtuv ning tunnete tasandil toimuv suhtlemine. Püütakse ergutada eakat suhtlema, luua usalduslik vahetunne ning selle kaudu anda inimesele turvatunnet. Turvatunde para-

nemine lisab energiat ning tõstab eneseväärikust, mis omakorda vähendab stressi. Validatsiooniteraapiat viiakse enamasti läbi rühmatöö vormis. Tähtis on turvalise õhkkonna loomine, mille saavutamisele aitavad kaasa tuttav ümbrus, harjumuspärased tegevused ja rituaalid. Tuttav ja turvaline ümbrus soodustab usalduslikku suhtlemist ja tunnete väljendamist. Vestluse kaudu püütakse käsitleda ühiseid probleeme ning läbi mälestuste meenutamise lahendada minevikus lahendamata jäänud küsimusi ja olukordi, neid mõista ja nendega leppida. Eesmärk on saavutada rahulolu ja heakskiit elatud elule. Terapeutid eeldab töö validatsioonirühmaga piisavat informatsiooni iga osaleja elukäigu, tervise, peresuhete, väärtushinnangute, tegevuslike eelistuste, elus ette tulnud kriisilukordade jms. kohta.

Käitumisteraapia eesmärgiks on muuta eaka ekslikku või ebasoovivat käitumist. Teraapia käigus harjutatakse sotsiaalse käitumise ja suhtlemise oskusi, püütakse vähendada toimetulematust ja ebasoovivat käitumist kokkupuutes teiste inimestega. Ei püüta arendada ega parandada eaka arusaamist ja taipamist, vaid keskendutakse soovitava ja õnnestunud käitumise märkamisele, tunnustamisele ja kiitmisele. Ebasoovitavale ja ekslikule käitumisele ei pöörata tähelepanu. Soovivat käitumist hinnatakse ja julgustatakse.

Realiteediteraapia on suunatud desorienteeritud eaka tagasitoomisele tegelikkusesse ning on kohane kergemate orientatsioonihäiretega eakate puhul. See meetod põhineb samuti eesmärgipärasel suhtlemisel eakaga ning keskkonna kohandamisel orientatsiooni toetavaks. Põhimõtteks on rahulik ja kiirustamata suhtlemine ning tähtsate asjade pidev kordamine. Tähtis on, et hoolduspersonal oleks teraapiaga kursis ning järgiks eakaga suhtlemisel samu põhimõtteid. Inimeselt ei küsita mis aeg on või kus ta asub, vaid suhtlemist ja tegevust alustades antakse talle kõigepealt teada aeg, koht ja käsiloleva tegevuse eesmärk. Öeldakse näiteks, et käes on jälle ilus kevadhommik, on esmaspäev ja meie läheme nüüd söögituppa hommikusööki sööma. Tähtsat informatsiooni korratakse orientatsiooni alalhoidmiseks päeva jooksul pidevalt. Tegelikkuses püsimisel on abiks suured ja selged kalendrid, viidad, selged ja kontrastsed värvid ja piirjooned, oma tuttavad asjad ja muutumatu keskkond. Rühmaterapias harjutatakse igapäeva tege-

vusteks vajalikke oskusi harjutatakse aja, koha ja oma nime meelespidamist ning tegevusele keskendumist.

## **EAKATE TEGEVUSVÕIME HINDAMINE**

Tegevusvõime hindamine on kogu tegevusteraapia protsessi aluseks, sest hindamistulemuste põhjal planeeritakse läbiviidav teraapia ning määratletakse selle efektiivsus. Tegevusvõime hindamine on planeeritud protsess, mille käigus hangitakse, tõlgendatakse ja dokumenteeritakse info kliendi tegevusliku seisundi kohta.

Hindamine peab välja selgitama kliendi tegevuslike probleemide olemasolu, kindlaks tegema nende sisu, määratlema inimese tegevuslikud võimed ja muutumiseeldused ning sisaldama infot tegevuskeskkonna kohta. Hindamise põhjal püstitatakse teraapia eesmärgid, koostatakse teraapiaplaan, valitakse teraapia läbiviimise aluseks olev mudel või viiteraam, meetodid ning eesmärgipärased tegevused. Tegevusteraapia efektiivsus selgub kogu protsessi algul ja pärast teraapia teostamist tehtud hindamiste vahest. Tegevusteraapias kasutatakse tegevusvõime hindamisel kolme hindamismeetodit, milleks on intervjuu, vaatlus ja testimine.

Eakate inimeste tegevusvõime hindamine toimub samade reeglite järgi kui kõigi teiste kliendirühmade puhulgi. Hindamise eripäraks eakatel on see, et nende tegevusvõime tase võib olla väga kõikuv. Tuleb meeles pidada, et eakad inimesed on kõige tundlikum kliendirühm, kelle tegevusvõime reageerib koheselt kõikvõimalikele keskkonnategurite, tervisliku seisundi ja meeleolu muutustele. Rääkimata toimetuleku taseme erinevustest erinevatel päevadel tehtud hinnangutes, võib eaka tegevusvõime hindamise tulemustes ka ühe päeva jooksul tehtud mitme hindamise vahel olla suuri erinevusi. Seega ei saa objektiivset hinnangut teha ühe päeva ega ühe kohtumise põhjal. Hindamiseks peab inimesega tegelema mitmel päeval ning ka päeva erinevatel osadel.

Tähtsam, kui teistes kliendirühmades, on eakate hindamise puhul üldine nõue, et tegevusvõime hindamine peab toimuma tegevuse loomulikus keskkonnas selle tegevuse loomuliku soorituse puhul. Näiteks riietumisega toimetulekut tuleb hinnata siis, kui inimesel on põhjust riie-

tuda, st. hommikul pärast tõusmist. Samuti on vahe, kas tuleb riietuda toariietesse või väljaminekuks või hoopis pärast sauna või duši all käimist. Seega peab juba riietumisega toimetuleku hindamiseks vaatlema tegevust mitmel korral ning eaka tegevusvõime objektiivseks hindamiseks peab varuma piisavalt aega.

Tegevusvõime hindamise esimeseks etapiks on eaka enda ja tema lähedaste või hooldajate intervjuerimine. Selle käigus saadakse teavet eaka elukäigust, rollidest, ajakasutustavadest, väärtushinnangutest ning mõtetest tuleviku suhtes. Tähtis on välja selgitada eaka enda hinnang oma toimetulekule ning probleemidele. Intervjueritakse nende olemasolul ka eaka pereliikmeid või muid lähedasi inimesi ning eaka kokkupuutuvaid tervishoiu- või sotsiaaltöötajaid. Kognitiivsete võimete olulise languse, suhtlemis- või eneseväljendamise probleemidega eakate puhul on vajaliku info kättesaamisel suurem tähtsus lähedaste ja teiste eakaga kokkupuutuvate inimeste intervjuerimisel. Samuti tuleb hindamisel alati arvestada, et inimese enda hinnang oma toimetulekule ei pruugi alati eriti objektiivne olla.

Järgmiseks etapiks on eaka toimetuleku hindamine igapäeva tegevustega ning seda tehakse vaatluse teel. Eakate puhul on põhiorhk enese eest hoolitsemise tegevustel. See tähendab, et hinnata tuleb toimetulekut riietumise, kodus liikumise, söömise, pesemise ja WC-toimingutega. Samuti tuleb hinnata hakkamasaamist kodumajapidamisega liituvate tegevustega nagu toidu valmistamine, koristamine, raha kasutamine. Iga tegevuse hindamise puhul on vajalik see piiritleda ja osategevusteks jagada, et paremini hinnata, millega ja kuidas hakkama saadakse ning millised on probleemid. Erinevate tegevuste vaatlemise käigus hinnatakse ka kognitiivseid võimeid nagu orientatsioon, keskendumisvõime ja mälu ning kommunikatsioonioskusi nagu kõnevõime, lugemisoskus ja telefoni olemasolul selle kasutamise oskus. Samuti seda, kas nägemine ja kuulmine võimaldavad eakal igapäeva tegevustega rahuldaval tasemel toime tulla.

Paralleelselt igapäeva tegevustega toimetuleku hindamisega hinnatakse tegevuskeskkonda st. eaka koduseid tingimusi ja määratletakse keskkonna tegevusvõimet soodustavad ja takistavad tegurid. Eakate tegevusvõime hindamises on keskkonna hindamine samavõrd tähtis

eaka tegevuslike eelduste hindamisega, sest vanuse kasvades omandavad keskkonnategurid järjest suurema tähtsuse tegevusvõime toetamisel või piiramisel. Eaka tegevuslike võimete edendamine on tegevusvõime tõstmises vaid väga väikese osatähtsusega. Peamine võimalus tegevusvõimet parandada seisnebki selle kliendirühma puhul just keskkonna muutmises toimetulekut soodustavaks. Hindamisele kuulub peale füüsilise keskkonna ka sotsiaalne keskkond, milleks on suhted pere liikmete, sugulaste ja naabritega. Samuti kuuluvad sinna hulka sõprade või tuttavate olemasolu, sidemed elukohajärgse sotsiaaltöötajaga, päevakeskusega või eakate organisatsiooniga. Tugivõrgustiku kaardistamine kuulub hindamise juurde, sest kõrvalabi vajaduse puhul on siis võimalik arvestada ka selle potentsiaaliga.

Tegevusvõime hindamise käigus on hinnatavaks valdkonnaks ka eaka vaba aja tegevused, harrastused ning nendega seotud rollide täitmine.

Vaatluse või intervjuu käigus saadud materjali täpsustamiseks või tekkinud arvamuse kinnitamiseks kasutatakse hindamismeetodina testimist. Kasutusel on mitmeid ADL-ga toimetuleku mõõdikuid ja erinevaid tegevuseeldusi hindavaid ja mõõtvaid teste. Kuid peamisteks hindamismeetoditeks on ikkagi intervjuu ja vaatlus.

Hindamise vältel kogutud informatsioon tuleb tegevusterapeutidil võimalikult täpselt dokumenteerida. Järgmiseks ülesandeks on kogutud andmete tõlgendamine ja analüüsimine. Hindamisandmete tõlgendamise ja analüüsi kaudu selguvad kliendi tugevad küljed ja tegevuslikud piirangud. Tuleb selgitada, milliste tegevustega klient hätta jääb ning veelgi täpsemalt, milliste osategevuste sooritamisel on probleeme ning millised tegevuseeldused on häirunud. Edasi tuleb mõelda, missuguses suunas on kliendi huvidest ja võimalustest lähtuvalt kõige otstarbekam toimetulekuvõimet parandada. Eakate inimeste puhul tuleb tavaliselt otsustada, kas on võimalik ülejõukäivat tegevust asendada või lihtsustada, kas eakas suudab õppida harjumuspärasest erineval viisil tegevust sooritama või abivahendit kasutama või on toimetulekut võimalik toetada keskkonna muudatusega või osalise kõrvalabi kasutamisega.

## KASUTATUD KIRJANDUS

- Eesti Inimarengu aruanne 2001., TPÜ Rahvusvaheliste ja Sotsiaaluuringute Instituut.
- Saks, K., Tiit, E.-M., Käärik, E., Eesti eakate elanike toimetuleku ja terviseuuring, Tartu 2000.
- Kielhofner G., A Model of Human Occupation 2.ed., Baltimore, Williams & Wilkins, 1995.
- Mosey A.C., Psychosocial Components of Occupational Therapy, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1986.
- Trombly C.A., Occupational Therapy for Physical Dysfunction 4.ed., Baltimore, Williams & Wilkins, 1995.
- Creek J., Occupational Therapy and Mental Health 2.ed., Churchill, Livingstone, 1997.

# EAKATE TÄHTSAMAD PROBLEEMID JA TEGEVUSTERAAPIA ERINEVAD ASPEKTID

\*

*Ann Tamm*

## SISSEJUHATUS

Eakate inimeste suremuse langus ja sündivuse vähenemine on muutnud rahvastiku koosseisu, nii et eakate inimeste, eriti naiste osakaal on pidevalt suurenenud. Prognooside kohaselt tõuseb eakate osakaal rahvastikus aga veelgi.

Eakate küsitlused on näidanud, et vananedes sagenevad subjektiivsetest kaebustest kõige enam kaebused väsimusele ja jõuetusele. Subjektiivsete kaebuste spekter muutub vastavalt vanusegrupile. Nooremate pensionäride hulgas (65-aastased) on tavalisemad südame-vere-soonkonna haiguste avaldumisenähud ning psühhosomaatilised häired. Naiste hulgas on sagedased liigeste ja lihastega seotud vaevused. 75-aastaste ja vanemate hulgas nihkuvad esiplaanile liikumisega seotud häired ja mälu halvenemine. Väga sage on valude esinemine. Hirm, et igapäevaste tegevustega hakkamasaamine halveneb, tekitab omakorda masenduse.

Sagenevad mälu halvenemisega seotud mured. Peapööritus ja eba-kindlus tekitavad kukkumishirmu.

Eesti eakate terviseuuringu (2001) andmetel on kõige enam esinenud terviseprobleemid järgmised:

## *Haigus %*

kõrge vererõhk	63
liigesehaigus	61
südame isheemiatõbi	57
ajuvereringe häired	42
südamepuudulikkus	41
südame rütmihäired	38
vere kõrge kolesteroolisisaldus	25
krooniline neeru- või kuseteede haigus	21
luuhõrenemine	16
suhkurtõbi	15
krooniline kopsuhaigus	14
muu närvisüsteeni häire	12
madal vererõhk	11
mao- või 12-sõrmiksoole haavand	11
südameinfarkt	10
muu kroonilinesooltehaigus	9
kilpnäärme haigus	9
pahaloomune kasvaja	8
psüühikahäire või -haigus	6
kopsuemfüseem	6
kopsuastma	6
halvatus	5
mingi muu krooniline haigus	26

Perearsti nimistus on keskmiselt 18% isikutest vanurid, ambulatoorsetest visiitidest on 39% eakate visiidid. Umbes 14% eakatest käib arsti juures harva – 1 kord aastas, kuid umbes 15% vajab arsti abi üle 10 korra aastas.

Vanuri taastusravi ja tegevusteraapiat vajavate isikute struktuur on ülalmainitust veidi erinev. Taastamist vajavad eelkõige eakad, kellel on halvatus, liigesehaigused, muud kroonilised haigused või jõuetusest tingitud liikumishäired ja igapäevaelu tegevustega toimetuleku halvenemine.

Sageli esineb ühel ja samal ajal mitmeid erinevaid probleeme. Selles peatükis peatume neist kõige probleemsematel.



Eaka inimese tegevusterapia aspektist on kindlasti vaja lähtuda tegevusterapia protsessi mudelist, mis eeldab teatud etappide läbimist. Tegevusterapias on kindlasti vajalik ka eaka isiku uurimine ja hindamine. Somaatilises tegevusterapias on anamneesi, vaatluse ja tegevusvõime häirete kindlakstegemises olulised uurimine ja hindamine erinevates keskkondades, erineval ajamomendil ja lihtsate testide läbiviimine.

## **KODUVISIIDID**

Koduvisiidid on vanurite uurimise kohustuslik osa, eriti siis kui on kahtlusi, et ta ei suuda kodus toime tulla. Enamasti elavad vanurid kodus üksinda või siis koos teise vana inimesega – abikaasa, õe või vennaga, või ka suurperes, kus on ka lapsed ja lapselapsed. Tegevusterapeudi ülesandeks on saada ülevaade kodusest keskkonnast – nii füüsilisest kui ka sotsiaalsest.

### **Koduvisiitide tüübid**

**Lahkumiseelne visiit** on kõige tavalisem koduvisiidi vorm. See tehakse enne seda, kui patsient lahkub taastusravi osakonnast. Informatsiooni koduse olukorra ja võimalike raskuste kohta saadakse patsiendi sugulastelt, sõpradelt ja ka geriaatrit. Selline koduvisiit selgitab need kohad, kus patsient vajab edaspidi abi või nõuannet. Koduvisiidi ajal on võimalik proovida neid abivahendeid, mida patsient edaspidi kodus kasutama hakkab, ning tutvustada patsienti ka kohaliku tegevusterapeudiga, kellega koos patsient taastumist jätkab.

**Lahkumisvisiit** on koduvisiit, mis tehakse haiglast lahkumisel kui patsient on olnud lühiajaliselt haiglas ning tema edasine tegutsemine on ligilähedasel samal tasemel kui enne haiglasse minekut. Samuti tehakse selline koduvisiit siis, kui patsient on eelnevalt hästi tuntud.

**Lahkumisjärgne visiit e järelkontroll** tehakse siis, kui on kahtlusi, et kodus võiks tekkida mõningaid probleeme. Vahetevahel võib olla probleeme abivahendite kättesaamisega. See võib osutada aeglaseks ja viibida või on patsient muutunud abituks seoses pikemaajalise haiglasolekuga.

## **Koduvisiidi planeerimine**

Mõnikord on koduvisiidile vajalik kaasata ka teisi spetsialiste nagu füsioterapeut, sotsiaaltöötaja, koduabiline, sugulased, sõbrad. Samuti naabrid, kes abistavad vanurit. Parim viis on kaasata nad koduvisiidi hilisemas osas, ning vaadata, et neid poleks korruga liiga palju. Koduvisiidi tähtsusest ja eesmärkidest on vaja patsienti teavitada ja saavutada hea üksteisemõistmine. Enne koduvisiiti on vaja lahendada järgmised probleemid.

1. Haiglapersonaliga lepitakse kokku koduvisiidi aeg ja kestus, milal patsient saabub tagasi palatisse.
2. Patsiendil või personalil peavad olema kodu võtmed.
3. Enne koduvisiiti peaks patsient olema käinud WC-s; kontrollida, et hügieenisidemed (pampers) oleksid kuivad; uriinikogumiskott oleks tühi.
4. Kontrollida, et patsiendil oleksid sobilikud jalanõud ja välisriided.
5. Kui tegemist on lahkumisvisiidiga, veenduge, et patsiendil on kaasas kõik tema isiklikud asjad – prillid, hambaproteesid, ravimid, riided.
6. Võtke vajadusel kaasa käimise abivahendid.
7. Tegevusterapeut võiks kaasa võtta piima vms, et valmistada kohapeal tass teed või kakaod, tikud jm vajalikku ning kindlasti kirjutusvahendid.

## **Koduvisiit**

Tüüpiline hindamine algab juba siis, kui patsient lahkub haiglast.

1. Kas patsient on võimeline juhatama koduteed ( arvesse tuleb võtta, et patsient ei pruugi tunda seda linnaosa, kus haigla asub).
2. Kodus hinnatakse välisukse asukohta (otse tänavalt, läbi aia, trepid) ning seda, kas patsient on võimaline kasutama võtmeid. Sisepääsemine annab võimaluse hinnata, kui isoleeritud või suletud ta kodus on. Hinnata eraldi WC, köögi, vannitoa, duširuumi, elu- ja magamistoa juurdepääsetavust. Samuti hinnatakse patsiendi liikumist kodus.

3. Jälgida ja hinnata patsiendi reaktsioone uuesti kodus olemisele.  
Hinnatakse ka seda, kas ta tahab või ei taha tegelikult kodus olla; tema oma arusaamist situatsioonist, et ta on kodus ning kas ta saab siin hakkama.
4. Hinnata iga potentsiaalset ohtu nagu tuled, lahtine leek, telefoni kasutamine, rohtude võtmine jm. Näidata ohutut kasutamist.
5. Köögi hindamisel hinnatakse patsiendi võimet teha sooja toitu.  
Vaadake, kas ta saab külmkapist toitu kätte, kas seal midagi ei rikne? Vanurite lõhnatundlikkus väheneb. Veenduge, et ta saab hakkama poes käimise ja kaupade eest maksmisega.
6. Kasutage koos kõiki neid asendivahetusi, mida ta peab kodus tegema: WC-s, voodisse ja voodist välja; tugitooli ja sealt üles, tooli ja ratastooli ning tagasi. Hinnata kõikide esemete kõrgusi, kas on vaja midagi korrigeerida? Kui on, siis anda saadud informatsioon edasi kohalikule tegevusterapeutidele.
7. Vaadake ka selliseid märke, mis viitavad mõne tegevuse unarussejätmisele, näiteks puntras magamisriided, uriinilõhn, purgitäied aegunud ravimitega, tühjad alkoholipudelid, põhjakõrbenud potid-pannid. Hinnata ka kodu üldist korda ning küttekollete olemasolu ja korrasolekut, samuti toatemperatuuri. Kui korteris on ahjuküte, siis puude olemasolu ja asukohta.
8. Kui lahkute koos patsiendiga, olge kindlad, et kõik gaasi- ja elektriseadmed on välja lülitatud ja majja ei jäänud kedagi üleliigset. Võtke kaasa aegunud ravimid, sest neist on abi kodus ravist rääkimisel. Võtke kaasa kõik esemed, mida patsient tahab uuesti kasutada haiglas. Veenduge, et kõik ukсед-aknad on kindlalt suletud. Võtmed võtke haiglasse kaasa.

### **Koduvisiidi lõpetamine**

1. Informeerida palatipersonali koduvisiidi lõppemisest ja anda lühikäsitlus ülevaade, kuidas see sujus.
2. Anda hoiule patsiendi koduvõtmed.
3. Kirjutada raport koduvisiidist ja anda soovituselised kommentaarid.

4. Lisa raport kohalikule tegevusterapeudile või mõnele muule as-  
jassepuutuvale agentuurile koduvisiidi tulemustest ja soovitustest.

### **Kokkuvõtted**

On üldteada, et patsient, kes saab raskustega hakkama haigla tegevusteraapia kabinetis, tuleb palju paremini toime oma tuttavas kodus ümbruses. On ka vastupidiseid juhtumeid: kaitstud ja ohutus haiglamiljööös tuleb patsient toime, kuid kodus osutub tegutsemine võimatuks.

### **70–75-AASTASTE JA VANEMATE ISIKUTE MOTOORSETE OSKUSTE TESTIMISE ERIPÄRAD**

Arvestatakse normaalse vananemisega seotud mõjusid:

- lihasjäõud on vähenenud,
- luudes muutused (osteoporoos),
- koordineatsioon on halvenenud,
- tasakaal kehvem,
- liigutusvilumus vähenenud,
- eluviis muutunud väheliikuvaks ja tubasemaks,
- õppimisvõime piiratum,
- motoorsed oskused kesisemad.

Testide sooritamine ja testide valik muutuvad

- sooritamise lihtsus,
- ohutus,
- ajaliselt piiratud,
- väiksem testide arv.

Kasutatavad testid

- FR (functional reach) – ettesirutus standardiseeritud algasend, sentimeetrites.
- Seismine ühel jalal tasakaalu kaotamiseni, sekundites.
- Puudutustest, kordade arv.
- 10 meetri kõnd, maksimaalne kiirus sekundites.
- Astmele tõusmine, hinnatakse astme kõrgust sentimeetrites.

- Käte pigistusjõud, standardiseeritud asend + JAMAR dünamomeeter.
- Poolistesse tõus (half sit-up), kordade arv /ajaühik 1 minut.
- 100 meetri kõnd, aega arvestatakse sekundites.

## Testide sooritamise juhised

TEST	SOORITUS	MÄRKUSED
<b>FR (cm)</b>	seisab küljega seina poole, sõrmseongus käed õlgade kõrgusel, seinale märgitud algmärgi kohal, sirutus ette	* parim 3-st * jalad sirged * selg sirge  mõõdetakse senti-meetrites
<b>Ühel jalal seismine</b>	tõstetud jalg on tugijala kõrval, käed puusal, testi algus pärast märguannet	* parim 3-st * dominantsel jalal  * max 60 sek * testi lõpp-2. eksimuseni
<b>Puudutamine</b>	laua juures istudes, küünarvars 90°, puudutatakse risti üle tugikäe laual olevat märki (iga teine arvestatakse)	* 25 puudutust
<b>10 meetri kõnd</b>	lendstart, ajavõtja testitava kõrval, arvestatakse eesmise jala järgi	* kasutada sobivaid jalatseid * ei kiirustata
<b>Astmele tõus</b>	isik tõuseb ilma toeta astmele ja astub alla (ettepoole), kõrgust lisatakse 10 cm kaupa	* jalatsites * arvestus: max kõrgus üles ja alla
<b>Käte pigistusjõud</b>	istudes, küünarliigese painutus 90°, toetuseta, mõõtur hoida nii, et põial ja sõrmeotsad on koos	* dominantne käsi * 3-st parim * mõõtur

<b>Poolistesse tõus</b>	selililamangus, jalad on toetatud ja põlve ja puusaliigesest 90° painutatud, käed risti rinnal, kämblad õlgadel, pea rinnal, tõus 30°	* 60 sek aega * ilma särgita * testi lõpp: 2 eksimust
<b>100 meetri kõnd</b>	tavalise kiirusega kõnd, aega võetakse testija märguande järel	* mugavad jalanõud * PS (enne, pärast)

## TULEMUSED

### TEST KESKMINE (SD)

FR (cm)	21,8	(6,7)
ühel jalal seismine (sek)	11,9	(14,0)
puudutus (sek)	23,8	(5,8)
10 meetrit (sek)	5,8	(1,2)
üles astumine (cm)	49	(8,0)
käe pigistusjõud	38,0	(7,6)
poolistesse tõusmine	27	(9,6)
100 meetri kõnd (sek)	86,0	(13,8)

Uuritavad mehed olid 71–89 aastat vanad.

Sobivaks on osutunud ka test “Tõuse ja mine“, mis annab informatsiooni nii tasakaalu, koordinatsiooni, käimise kiiruse kui ka jalga-de lihasjõu ja liigeste seisundi kohta. Testi ülemist vanusepiiri ei ole. Patsient istub toolil, käskluse järel ta tõuseb (võib kasutada käetugesid), 3 meetrit eemal on märk, milleni isik käib, pöörab ümber, tuleb tagasi toolini ja istub. Aega mõõdetakse sekundites. Hinnatakse üldist liikumist, tasakaalu, toolilt tõusmist, koordinatsiooni kõndimisel ja pööramisel, jalalihaste jõudu.

Testi hindamine:	väga hea	alla 10 sek.
	hea	11–19 sek
	keskmine	20–30 sek
	kehv	üle 31 sek

## **LIIGESTEHAIGUSED**

### **1. Reumatoidartriit**

#### **1.1. Reumatoidartriidiga kaasnevad muutused**

- Hommikune liigeste jäikus ( $\frac{1}{2}$  t – 4–5 t).
- Liigeste valu ja turse.
- Liigeste liikuvuse halvenemine.
- Liigeste deformatsiooni teke.
- Lihasjõu langus ja lihasatroofiate teke.
- Liigesefunktsiooni halvenemine.
- Kehalise võimekuse langus.
- Teiste organsüsteemide kahjustused (neerud, maks).

#### **1.2. Reumatoidartriidi ravi põhiprintsiibid**

- Säilitada liigeste liikuvus.
- Ennetada liigeste deformatsioone.
- Säilitada ja/või tugevdada lihasjõudu.
- Säilitada ja /või suurendada funktsionaalset võimekust.
- Elustiili muutus (töö ja puhkus).
- Arendada probleemi lahendamise oskusi, et modifitseerida tegevust tööl ja kodus, vabal ajal säästa energiat.
- Edendada psühhosotsiaalseid oskusi, et kohaneda kroonilise haigusega.

#### **1.3. Liigeste liikuvuse säilitamine**

Liigese liikuvust säilitavaid harjutusi tehakse 3–4 korda päevas, soovitatav aeglane venitus lihastes kuni valu piirini. Kui aga esinevad kroonilise iseloomuga valud, siis olemasolev valu ei tohi tugevneda. Ägeda turse puhul on soovitatav puhata. Haiguse ägenemise korral ei ole soovitatav kasutada lisaraskusi. Kõik koduses majapidamises vajaminevad vahendid (sõõmiseks, pesemiseks, toidu valmistamiseks, poes käimiseks jm.) peavad olema kerged ning kohandatud käe ja sõrmede pikkest arvestades ning tavalisest suuremate mõõtmetega.

#### **1.4. Liigeste kaitse põhiprintsiibid**

Et säilitada lihasjõud ja liigeste liikumisulatus, selleks sobivad tavalised igapäevategevused, kuid tuleb jälgida, et isikul oleks võimalus

ja vajadus neid teha, Arvestada tuleks vähenenud lihasjõuga, st kasutatavad esemed peaksid olema kerged. Vältida asendeid, mis soodustavad nii sisemisi kui ka väliseid deformatsioone. Tuleks kasutada suuremaid ja tugevamaid liigeseid, mis on võimalikud antud tegevuse sooritamisel. Kõige enam tuleb seda printsiipi arvestada niisuguste tegevuste puhul nagu noaga lõikamine, kirjutamine, purkide avamine või sulgemine, juustulõikuriga lõikamine, väikese aiakühvliga töötamine, võtmega lukkude avamine, kraanide keeramine.

Iga liigest tuleks kasutada tema jaoks kõige stabiilsemas ja anatoomiliselt ja funktsionaalselt sobivaimas asendis. Seda printsiipi arvestatakse eelkõige ülalmainitud tegevuste puhul. Siin tulevad arvesse abivahendite kasutamine ja tegevuste modifitseerimine, kasutada mõlemat kätt nii palju kui võimalik, minna lõikamiselt üle saagimisele jne.

Kasutada korrektseid liigutusmustreid, modifitseerida tegevus selliselt, et oleks võimalik säilitada käe telg ja vältida pööravaid liigutusi käega. Vältida tegevuse ühesuguse asendi hoidmist pikema aja jooksul, kui tekib väsimus või valu, siis on see märk, et on vaja puhkust.

Ei ole vaja alustada tegevust, mida pole võimalik kohe lõpetada, kui tekib väsimus või valu. Tegevuste plaani võtmisel on vaja teha ettevalmistusi (keskkonna kohandamine), mis võimaldaksid puhkust kohe, kui selleks tekib vajadus.

Arvesta valu kui signaali, et lõpetada tegevus.

### **1.5. Kliendi/patsiendi õpetamine**

Energiasäästvad printsiibid tegevuste puhul on ennekõike abivahendite kasutamine, mis võimaldab tegevusi sooritada vähema energiakuluga. Kottide kandmisel üleminek kotile, millel on rattad all, käru kasutamine poes käimiseks ja puude kandmiseks. Kärud, tõstmiseks talid, rattad, kronsteinid. Kummardamise asemel tõsta esemed põrandalt või maapinnast kõrgemale. Käsitsi pesupesemisel pesukaasi asend olgu selline, mis võimaldab hoida selja sirge. Pesumasina pesemisel võiks valida selline masin, mis on pealt laetav. Triikimisel valida aurutriikraud, mis on kergem jne.



## **1.6. Abivahendite kasutamine**

### **1.6.1. Ortoosid**

Õiseid puhkeortoose kasutatakse valude vähendamiseks. Seega väheneb ka suu kaudu võetavad medikamentide hulk. Pikemas perspektiivis säästab mao-sooletrakti ja ka valuvaikistite ostmiseks kuluvat raha.

Tööortoosid (pehmed) on vajalikud vanuritele, kellel on vaja teha koduseid majapidamistöid, kes teevad vabatahtlikku tööd või käivad veel tööl. Pehmed ortoosid on eelkõige käele, randmele.

Deformatsioonivastaseid ortoose kasutatakse eelkõige neil vanuritel, kellel haigus on alanud vanemas eas ja kulgeb kiiresti. Üldjuhul kasutatakse neid ortoose haiguse ägedas faasis.

### **1.6.2. Igapäevaelu abivahendid**

Kõiki tegevusteraapia meetmeid nagu liigeste kaitse, energiasäästlikud tegevused, ortoosid ja abivahendid on vajalikud rakendada sellest hetkest, kui on olemas reumatoidartriidi diagnoos, st väga varases haiguse arenguetapis.

## **2. Osteoporoos**

Osteoporoos on skeletisüsteemi häire, mida iseloomustab luustiku tugevuse vähenemine, mis loob eelsoodumuse luumurdude tekkeks. Osteoporoosi riskitegurid on tingimused, mis suurendavad osteoporoosi süvenemise riski.

Riskitegurid on:

- isiku vanus üle 55 aasta (risk suureneb 1,8 korda ja üle 75 aasta vanustel suureneb risk 10 korda),
- elustiil (vähene liikumine, ühekülgsed toitumisharjumused, suitsetamine),
- geneetilised iseärasused (naissugu, graatsiline kehaehitus).

Pikaajalisel ravimite, eriti glükokortikoidide kasutamisel on osteoporoosi tekkimine sagedane nähtus.

Pikaajaline liikumatus või lamamine on vanuritel osteoporoosi tekimisel olulise tähtsusega, seetõttu on ka väheste kehaliste võimetega vanuritele igapäevase tegevuse võimaldamine otsustava tähtsusega.

Tegevusterapeudi ülesandeks on eakale isikule sobiva ja ohutu keskkonna loomise nõustamine, abivahendite soovitamine ja kasutama õpetamine ning sobiva tegevuse leidmine.

Ravimite kõrval on liikumine üks osteoporoosi ja tema süvenemist ennetav võimalus. See tugevdab lihaseid, parandab koordinatsiooni ja tasakaalu ning mõjub soodsalt luudele.

Püstine (seisev) asend soodustab luude uuenemist, seetõttu on oluline, et võimalusel vähemalt 45 minutit päevas on vanuril ADL või IADL või muude tegevuste puhul tegevus seistes või kasutades abivahendeid (seisulaud, kits, rolaatorid).

Tegevuste ja igapäevase liikumisega pingutame lihaseid, mis suurendavad verevoolu luudesse ja see soodustab luu uuenemist. Tugevamate lihastega inimestel on tugevamad luud.

Vanuri luude ja lihaste säilitamiseks on vaja igapäevast tegutsemist või vaba aja tegevustena mõõduka aktiivsusega liikumist (niisuguse tempoga, et saab kaaslasega rääkida).

Luude ja lihaste arendamise ja säilitamise põhiprintsiibid :

- parim aeg alustada on lapseas, kuid kunagi pole hilja,
- harjutada iga päev (30 minutit lisaks tavalisele igapäevaelu tegevustele),
- eakatele ja osteoporoosihaigetele sobib kõndimine (ka kepi-kõnd), suusatamine, tantsimine, võimlemine (ka vesivõimlemine).

Tegevused, mis sobivad iga päev tasakaalu ja koordinatsiooni säilitamiseks kasutada, on jalgrattaga poes käimine, tantsimine, suusatamine, kepi-kõnd, sagedane asendite (istuma,seisma) vahetamine; silmaliigutajate lihaste treening (vaadata lähedale ja aknast välja kaugemale, lugeda erineva suurusega teksti, lugemise ajal liigutada teksti vasakule ja paremale, üles ja alla nii kiiresti, et näeks veel lugeda).

Praktilised nõuanded kukkumiste ennetamiseks

- Nägemise halvenemisel hangi sobivad prillid!
- Jalanõud olgu pehme tallaga ja madala kontsaga (treenib jala-põhja lihaseid ning kõndimine on kergem).
- Siseruumides ja välistrepil olgu hea valgustus.
- Märjad põrandad ja väikesed vaibad on libedad, kukkuda on seal lihtne. Põrandate pesemise ajal ja enne kuivamist pole mõistlik sinna minna. Kui see pole vältimatu, tuleb olla ettevaatlik. Hoolekandeesutuses peavad olema märgistused “MÄRG PÕRAND”.
- Talvel vältida libedaid kõnniteid ja treppe, soovitatavalt kasutada talveotsikuga keppi.
- Naiste seljale on kasulik kanda laiade õlapaelte või toetatud seljaosaga rinnahoidjat.
- Reieluu kaela murde on võimalik vähendada, kui kanda polsterdusega turvapükse, sest kukkumise korral on see ohutum.
- Õiged asendid igapäevaelu tegevuste puhul on need, kus tõstmiseks kasutatakse reielihaseid aga mitte selja ja kehatüve lihaseid.
- Tõstmisel on selg sirge, kasuta jalalihaseid. Põranda lähedalt esemete kättesaamiseks on õigem kükitada, põlvitada või kasutada abivahendeid (haaratseid).
- Kandmisel jaotada raskus mõlema käe vahel võrdselt, kasutada raskuste kandmiseks seljakotti, kasutada käru või ratastega kotti, talvel ka soome kelku. Maapiirkondades on abi ka jalgrattast, kui pakid võib panna pakiraamile või riputada juhtraua külge.
- Istumisel toetada selg vastu seljatuge ja jalatallad panna täistal-laga põrandale.

## **TSEREBROVASKULAARSED KOMPLIKATSIOONID** (aju trauma, aju isheemiline infarkt, aju hemorraagia)

### **1. Ajutraumaga haigete taastusravi**

#### **1.1. Taastusravi etapid**

- 1) Intensiivravi palat.
- 2) Neuroloogia osakond.
- 3) Taastusravi osakond.
- 4) Polikliinik (ambulatoorne osakond).
- 5) Kodus.
- 6) Hooldusasutuses.

#### **1.2. Prognoos**

Esimesel nädalal peale haigestumist on raske teha prognoose. GCS (Glasgow Coma Scale) annab informatsiooni ravi tulemusest ja võimaldab teha prognoose.

**GCS < 8 6 tunni jooksul = 50%** suremust või raske puue.

Posttraumaatilise amneesia (PTA) pikkus

#### **PTA tulemus**

<1 tund	vähene jääkleid (puue)
kuni 24 tundi	mõõdukas puue
alla 7 päeva	raske puue
üle 7 päeva	sügav puue

Selline lisainformatsioon on vajalik tegevusteraapia planeerimiseks ning andmed on patsiendiga kaasas (tavaliselt väljavõttes, kui isik tuleb akuutravi osakonnast).

#### **1.3. GOS ( Glasgow Outcome Scale)**

90% täpsusega 6 kuu pärast, arvestab motoorikat ja mõningaid kognitiivseid funktsioone.

**Tegevusteraapia ajutraumaga haigete erinevatel perioodidel.** Kogu tegevusteraapia vältel juhindutakse kognitiivsetest võimetest, mis määravad sooritavate tegevuste keerukuse (raskuse). Rancho tase-

meid on 7. Mida kõrgem on Rancho kognitiivne tase, seda paremini tegutsev on isik.

## **Intensiivravi (Rancho I–II – madal kognitiivne tase)**

### **1.1. Tüsistuste vähendamine**

- kontraktuurid – liigeste liikuvusulatust suurendavad tegevused  
– “Motorex” 20–30 min.  
– asendravi (voodis, ratastoolis) ja ortoosid
- tsirkulaarsed ortoosid (casting) – 3 kuud; lisaks 2 korda päevas liigeste liikuvusulatust suurendavad harjutused. Neid ortoose kasutatakse ka olemasolevate kontraktuuride vähendamiseks. Liikumisravi ja tegevusteraapia ajal võetakse ortoosid ära. Tsirkulaarseid ortoose on vaja uuendada nädalase ravi järel.
- heterotoopne ossifikatsioon tekib 20% haigetest suurte liigeste ümbrusesse ja takistab kõiki käega tehtavaid tegevusi. Parim on hoida ADL tegevustega liigeste liikuvust.

### **1.2. ADL tegevused (söömine, pesemine) ja juhendatud tegevus (käeline juhendamine)**

### **1.3. Sensorse integratsiooni meetodika kasutamine**

- puuetundlikkus,
- asendimuutus (küljele, ette-taha, “tilt”- laud),
- helid (muusika, naturaalsed helid),
- visuaalsed efektid (peeglid, liikuvad objektid).

### **1.4. PNF (*proprioceptive neuro muscular facilitation* – propriotseptiivne neuromuskulaarne kergendamine) printsiipide kasutamine lihastoonuse reguleerimiseks**

Selle lähenemise alusel on igal keha suurel liikumistüksusel – pea, kael, kehatüvi ja jäsemed – kaks paari diagonaalseid liikumismustreid. Iga vastandlik paar koosneb 3 erinevast liikumiskomponendist. Sirutus ja painutus on olemas kui suured komponendid. Sirutus ja painutus on kombinatsioonis rotatsiooniga (pöördega) sisse või välja ja eemaldamise või lähendamisega. Moodustub kaks diagonaalmustrit, mida kasutatakse motoorsete tegevuste taastamisel. Neid liigutusmust-

reid kasutades ja liigutust kergendades taastatakse ADL ja IADL tegevusteks vajalik motoorika.

### **Rancho III–IV tasemel (keskmisest madalam tase)**

Esineb agressiivsuse periood 1–2 päevast 4 nädalani.

Individuaalne taastusravi ja individuaalne tegevusteraapia:

- võimlemine (veloergomeetria, suured füsiopallid – jämemotoorne tegevus),
- ratastooliga sõitmine – sotsiaasete ja suhtlemisoskuste omandamiseks,
- füsioterapeudi ja tegevusterapeudi vahetus, sest tekib “harjumine” ravi läbiviijaga,
- peenmotoorne tegevus (kerged esemed, käe erinevate haarete arendamine).

Patsiendi tähelepanu on lühiajaline (minutid).

### **Rancho V–VI tasemed (keskmised tasemed)**

Patsiendil on piiratud võimed vastu võtta ja töödelda informatsiooni väliskeskkonnast. Esinevad lühimälu häired, õppimishäired, ruumisuhete häired. Tähelepanu koondamine on lühiajaline.

**Taastusravi eesmärk:** Liikumisravi – parandada lihastoonust ja mootorset vilumust. Protsessi oskuste arendamine (otsustusvõime, planeerimine, ülesannete väljaselgitamine, tegevuse läbiviimine, tulemuste analüüsimine), ADL oskuste õpetamine (söömine, pesemine, riietumine, isikliku hügieeni hoidmine jne). Viimased kaks suurt valdkonda kuuluvad tegevusterapeudi töö kompetentsi.

### **Rancho VII tase (kõrge tase)**

Iseseisev elu möödustega (on võimeline ise ennast juhtima, enamik ADL tegevusi, algab pre-professionaalne taastusravi – töö kaitsitud (kohandatud) töökohas).

Isiku vastutuse astme tõstmine. Osavõtt perekonna ja sõprade tegevustest.

Motoorika probleemid tagasihoidlikud: ataksia, spastilisus või vahelduv lihastoonus. Tasakaalu ja koordineerimise arendamine.

## **Kognitiivne rehabilitatsioon**

Käitumuslik ümberõpe, perekond, nõustamine ja toetusvõrgustik  
Integratsioon igapäevaellu (raha kasutamine, poes käimine, bussi kasutamine).

Autojuhtimine (sobiv automaatkäigukastiga mudel)

Eneseabi grupid kogukonnas:

- kognitiivsete oskuste treening,
- metakognitiivsete oskuste arendamine,
- käitumuslike häirete korrigeerimine,
- interpersonaalsed oskused,
- psühhosotsiaalsed oskused,
- afektiivsed hoiakud.

## **2. Ajuinfarkti ja aju hemorraagiaga haigete taastamine**

Vanurite taastusravis, sh tegevusteraapias kõige tavalisemaks ja samas aeganõudvamaks haigete grupiks on ajuinfarktiga haiged. Hemiplegiaga haigete taastusravi jagatakse kolme perioodi: haiguse äge periood, esmane kiire paranemine ja pikaajalise paranemise periood.

Ägedas perioodis, mil patsient võib olla teadvuseta, on taastamise esmaseks ülesandeks tuisistuste (lamatised, kopsupõletik, trombembooliad) vältimine ja liigeskontraktuuride ärahoidmine. Kasutatakse asendravi (kordamööda mõlemal küljel ja selili). Tähtis on asend ka halvatud küljel. Kiire paranemise perioodil keskendutakse aktiivsetele liigutustele ja tegevusele, mis võimaldavad kaasata hemiplegilisi jäsemeid. Alates kiire paranemise perioodist alustatakse asendireaktsioonide treeningust (pööramine, istumine, seismine). Tähtis on halvatud jäsemele toetamine. Tasakaalureaktsioonide treenimine võimaldab alustada tegevuste sooritamist istudes ja hiljem ka seistes. Ajuinfarktiga haigete tegevusteraapias arvestatakse lisaks mootorikäitumise parandamisele ka sensoorse (puute-, valu-, temperatuuritundlikkuse muutustega) häire olemasoluga. Sageli on probleemiks kehaskeemi häired, mille olemasolu säilimisel taastamine tervikuna on aeglane. Nägemishäirete olemasolu lisaks eelnevale aeglustab paranemist veelgi.

Afaasia olemasolu puhul on lisaks tegevusteraapiale vaja ka logo-

peedilist ravi. Kognitiivsete häirete kindlakstegemine (Minimal test) on kindlasti vajalik, eriti vanurite puhul. Kasutada võib ka kella joonistamist. Eaka inimese ajuinfarkti-puhuse tegevusteraapia põhimõtted arvestavad vanuri eaga seotud iseärasusi, eelkõige samaaegset mitut haigust (lisaks ka liigesehaigused, kõrge vererõhk, südame probleemid). Tegevusterapeut keskendub tegevusvõime parandamisele ADL tegevustes kasutades närviarendusravi (NDT) põhimõtteid – reguleerida tegevustes lihastoonust, parandada asenditoonust ja tasakaalu ning koordinatsiooni. Tegevustest kasutatakse kõiki inimese jaoks tähtsaid ja vajalikke tegevusi – söömist, pesemist riietumist, liikumist, koduseid majapidamistöid või vaba aja tegevusi. Tegevusterapeudi eesmärgiks on tegevuste sooritamist varieerida nii, et oleks võimalik arendada või säilitada jāmehaanilist tegevuse eeldust (tegevuseks vajalikud esemed erineval kõrgusel, tegevuste sooritamine erinevates asendites – istudes, seistes). Jämehaanika parandamiseks on võimalik varieerida ka esemete suurust ja raskust, et saavutada soovitud tulemus. Peenmehaanika arendamiseks kasutatakse erineva kujuga ja erineva suurusega esemeid (pliiatsid, pintslid, nõõbid, noad ja kahvlid jm). Oluline on varieerida ka kasutatavate esemete värvi ja materjali.

Kõige tähtsamaks tegevusteraapias on tegevuste valik. Alati on vajalik valida niisugune tegevus, mis on vanuri seisukohast tähtis, mis seostuks tema igapäevaste rutiinide ja rollidega ning mis oleks eesmärgipärane. Tavaliselt on kõige vajalikumad ADL tegevused (söömine, riietumine, pesemine, liikumine, lugemine, kirjutamine, koduste majapidamismasinat kasutamine) ja ka vaba aja tegevused (käsitöö, meestel puutööd, parandamised). Alati ei ole eakal inimesel tegevusteraapiaga võimalik tegevusvõimet parandada, seetõttu ei tohi tegevusterapeut anda ka ebarealistlikke lubadusi, mis eksitavad vanurit ja tema pereliikmeid ning teisi lähedasi. Raskemate ajuinfarktide järel jääb suurem või väiksem jääkleid (puue), mis võib takistada iseseisvat toimetulekut. Lõplik jääkleid formuleerub esimese aasta jooksul pärast ajuinfarkti. Ka lõplik abivahendite vajadus on selleks ajaks selge. Kiire paranemise perioodil (2. nädala lõpuks), kui on tekkinud tahtlikud liigutused käes ja sõrmedes, on olemas tundlikkus, pole kehaskeemi häireid ning pikka aega kestnud madalat vererõhku, võime prognoo-



sida vähese jääkleiuga paranemise võimalikkuse. Spastilisuse tekkimisel on vajalik kasutada tegevusi, mis patsiendil ei võimendaks spastilist liigutusmustrit kahjustatud kehapooles – käes painutumuster, jalgas sirutumuster. Selle vältimiseks kasutatakse jõukohast tegevust ja abivahendeid. Need abivahendid on kasutamiseks “terves” käes – suuremõõtmelised ja kerged klaasid, kruusid, noad-kahvlid, taldrikud kausid, jm esemed. Sageli on vaja ka käärtõõse, et vältida kontraktuuride teket (vt ortooside kasutamine).

### **Antispastilised käe ortoosid**

Kasutatakse randme asendi kontrolliks ja kontraktuuride ärahoidmiseks:

- kontrollib ka sõrmede asendit,
- kui ainult sõrmed on ekstensioonis, siis ranne painutub veelgi enam, soodustame kontraktuuri teket.

#### **Sõrmede ja pöidla asend (NDT)**

- sõrmede ja pöidla abduktsioon on kontrolli võtmepunkt, mis kergendab sirutajalihaste tööd ja vähendab painutajalihaste tootust.

### **Koonuselised ortoosid**

- kõvad materjalid (plastik) annavad ühtlase sensoorse impulsi palmaarselt pinnalt,
- pehmed materjalid samas soodustavad kontraktuuride teket,
- kinnitusrihmad, 2,5 cm laiad, peavad kulgema dorsaalsel pinnal,
- primitiivsete haardereflekside ilmnemisel +/-,
- dorsaalne platform – aktiveerib sirutajalihaseid ja saame kontraktuure ära hoida,
- randme ja sõrmede fleksorlihaste pidev õrn venitus vähendab spastilisuse tekke passivset komponenti.

Abivahendeid on vaja söömiseks (noad, kahvlid, joogitopsid, kruusid, taldrikud), toidu valmistamiseks (purkide avajad, haaratsid, koorimisvahendid, keetmis- ja praadimisvahendid), vahendid haaramise

kergendamiseks, vahendid raskuste kandmiseks, pesemis- ja vannibivahendid (dušistmed, libisemist takistavad materjalid jm). Füüsilise keskkonna kohandusi on vaja teha, kui olemasolev füüsiline keskkond osutub isikule mitesobivaks. Tavaliselt on selliseks juhtumiks vanuri jäämine ratastooli.

## **SÜDAME JA HINGAMISE PROBLEEMID**

Südamehaiguste levimus suureneb üle 65-aastaste inimeste hulgas. Eestis on igal kümnendal teada infarkti läbipõdemine, kõrgenenud vererõhk on igal teisel vanuril, lisanduvad südame puudulikkus ja rütmihäired. Pikaajaline suitsetamine on üks peamisi kopsuhaiguste põhjusi meestel. Seega peame arvestama enamiku vanurite puhul südameprobleemide esinemisega.

Kuigi vananemine on seotud vererõhu tõusuga, on vanad inimesed eriti tundlikud vererõhu äkilisele langusele, mis võib tekkida kiirel kehaasendi muutmisel (kiiresti istuma, püsti tõusma). See võib põhjustada kukkumisi.

Krooniliste kopsuhaiguste diagnoosimine võib eakatel inimestel olla raskem ja nende paranemine on aeglasem. Krooniline kopsuhaigus – krooniline bronhiit ja emfüseem võib oluliselt piirata isiku tegevusvõimet kõikides tegevustervikutes. Igapäevaste tegevuste puhul tuleb alati hinnata südame-veresoonkonna avaldumist ja kopsude seisundiga seotud avaldumismärke (sümptomeid). Sageli võivad need kattuda.

1. Südame-veresoonkonna haigusele on iseloomulik: hingeldus või õhupuudus (düsnoe), valu rindkeres, südamepekslemine (rütmihäired), jalgade turse, teadvuse kaotuse hood.
2. Kopsuhaigusele on iseloomulik: hingeldus või õhupuudus, köha, rögaeritus, veriköha, hingamise kõrvalkahinad ja valu rindkeres.

Inimlik tegevus oma paljususes on kokku võetav kolme suurde tegevusvaldkonda: enese eest hoolitsemine (pesemine saunas/vannis, söömine, riietumine jm), töö (kirjatöö, autojuhtimine, talutööd, remonditööd, metsatööd jne) ja vaba aja tegevused (mäng palliplatsil või laua taga, maalimine, ratsutamine, matkamine jne).

Tegevus, mida inimene peab või tahab teha, sõltub tema vanusest,

soost, elukohast, elukutsest, kultuurilistest ja religioossetest tõekspidamistest ning motivatsioonist.

Puhkeolekus lamades kasutab inimene kõige vähem hapnikku. Lisategevus (lugemine, kirjutamine, söömine, pesemine, kammimine, riietumine, istumine, seismine, majapidamis-, kutsetöö või muu tegevus) suurendab hapniku tarbimist. Hapniku tarbimine suureneb ka raskuste tõstmisel, eriti õlgadest kõrgemale, kiirel tegutsemisel ja emotsioonide (võistlus, viha, hirm) lisandumisel. Seega on igal tegevusel oma energeetiline väärtus või hind, mida mõõdetakse **metaboolsetes ühikutes** e. **MET**.

1 MET on 4,5 ml/hapnikku /kehakaalu kg kohta/ minutis.

MET annab võimaluse hinnata tegevuse raskust võrreldes puhkeolekuga ning aitab valida tegevusi, mis vastavad isiku võimetele (vt tabel)

#### Tegevuste energeetilised väärtused metaboolsetes ühikutes (MET)

MET V 02 ml/min/kg	Kutsetöö	Vaba aja tegevused
1½–2 4–7 ml/min/kg	kirjatööd autojuhtimine trükkimine arvuti kasutamine	<b>seismine</b> <b>kõndimine 1,6 km/t</b> mootorrattaga sõitmine kaardimäng kudumine, heegeldamine
2–3 MET 7–11 ml/min/kg	autoparandus raadiote ja TV parandus trükkimine	<b>Kõndimine 3¼ km/t</b> jalgrattaga sõitmine 8 km/t piljard, bowling mootorpaadi juhtimine kerged puutööd golf ratsutamine kanuusõit 4 km/t klaveri jm mäng

<b>MET</b> <b>V 02 ml/min/kg</b>	<b>Kutsetöö</b>	<b>Vaba aja tegevused</b>
<b>3-4 MET</b> <b>11-14 ml/min/kg</b>	treileri juhtimine akende pesemine masinatel töö ratastel vedamine	<b>Kõndimine 5 km/t</b> jalgrattaga sõitmine 10km/t ratsutamine võrkpall (6 inimest) purjetamine kalastamine sulgpall muruniitmine energiline musitseerimine
<b>4-5 MET</b> <b>14-18 ml/min/kg</b>	maalritööd paberi tõstmine	<b>Kõndimine 5½ km/t</b> jalgrattasõit 13 km/t lauatennis
<b>5-6 MET</b> <b>18-21 ml/min/kg</b>	kerged puutööd aiatööd kaevamine aias (kerge pinnas)	<b>Kõndimine 6½ km/t</b> jalgrattasõit 16 km/t ratsutamine rullisutamine kalastamine (ravi)võimlemine tennis (paarismäng) sulgpall tantsimine (foxtrott)
<b>6-7 MET</b> <b>21-25 ml/min/kg</b>	tõstmine 10/min (10 kg)	<b>Kõndimine 8 km/t</b> jalgrattasõit 17½ km/t sulgpall (võistlused) tennis (üksikmäng) lumerookimine heinaniitmine (vikatiga) rahvatantsud suusatamine (slaalom) murdmaasuusatamine veesuusatamine

<b>MET</b> <b>V 02 ml/min/kg</b>	<b>Kutsetöö</b>	<b>Vaba aja tegevused</b>
<b>7–8 MET</b> <b>25–28 ml/min/kg</b>	rasked puutööd raskuste vedamine 80 kg	<b>Jooksmine 8 km/t</b> jalgrattasõit 19 km/t ratsutamine (galopp) slaalom korvpall mägimatkamine jäähoki kanuusõit 8 km/t jalgpall murdmaasuusatamine
<b>8–9 MET</b> <b>28–32 ml/min/kg</b>	raskuste tõstmine 14 kg	<b>Jooksmine 10 km/t</b> jalgrattasõit 21 km/t murdmaasuusatamine 7 km/t käsipall korvpall squash
<b>10 ja enam</b> <b>32 ja üle</b> <b>ml/min/kg</b>	raskuste tõstmine 10 / min 16 kg	<b>Jooksmine:</b> <b>12 km/t – 10 MET</b> <b>15 km/t – 11½ MET</b> <b>18 km/t – 13½ MET</b> <b>21 km/t – 15 MET</b> <b>25 km/t – 17 MET</b> murdmaasuusatamine 8–10 km/t käsipall squash (võistlused)

Eelnevas tabelis oli esitatud metaboolsete ühikutega (MET) koos ka andmed hapnikutarvitude kohta tegevuse jooksul. Neid näitajaid on vajalik teada inimestel, kes põevad südamehaigusi ja kellel on diagnoositud südamepuudulikkust.

Tegevusterapeudi ülesandeks on nõustada ja aidata vanuril kohadena südame- ja kopsuhaigustega ning kasutada tegevusi, mis vastavad patsiendi võimetele, või kasutada energissäästlikke kohandusi.

## **KOMMUNIKATSIOONIPROBLEEMID**

Vanurite suhtlemisprobleemide tagamaadeks on tihti kuulmisraskused, probleemid enese arusaadavaks tegemisega, probleemid teistest arusaamisega ja nägemisega seotud probleemid.

**Suhtlemisoskused** on võime vastu võtta, interpreteerida ja saata sõnalist ja mittedõnalist informatsiooni, mis sisaldab kuulmist, kõnelemist, kirjutamist või mittedõnalist teavet (žestid, viiped, kehakeel). Suhtlemisoskused sõltuvad kõne ja kuulmise individuaalsete koostisosade adekvaatsusest ja koordineerimisest, kognitiivsetest oskustest, mis on vajalikud teabe formuleerimiseks ja mõistmiseks, arvestades suhtlemise reegleid.

**Presbüakuusia** on sümmeetriline mõlemapoolne kuulmise kaotus, mis mõjutab kõrgeid helisid. Hiiliva algusega ja tulemuseks on helide eristamise ja kõnest arusaamise raskused.

## **KUULMISELANGUS**

Vanusega seotud kuulmishäired on sagedased. Elanikkonna uurin-gutega on kindlaks tehtud, et 65–75-aastastel isikutest 27% ja üle 75-aastastel on 40% kuulmishäireid. Keskeas olevatele häiretele lisandub vananedes kõrvakohin, vilistamine või helisemine. Kõne ja kõnelemise häireid on elanikkonnas 65–75-vanustel 1%, üle 75-aastastel ligi-kaudu 2%. Koduhooldusel olevatel isikutel on kõne- ja kuulmisprobleeme ligi 60%. Sageli on vaja hinnata kuulmist tervikuma – kuulmis-keskustes tehakse audiogrammid (heli ja kõne), mis võimaldavad soovitada kuulmise abivahendeid – kuulmisaparaate, telefonivõimendeid, keskkonna häiresüsteeme.

Suhtlemiseks vajab isik ka füüsilist ja sotsiaalset keskkonda. Es-malt hinnatakse:

- a) ligipääsu tegevustele ja isikutele, kus ja kellega võiks toimuda suhtlemine;

- b) füüsilise keskkonna mõju suhtlemisele, halb valgustus ja taustamüra halvendavad suhtlemist;
- c) sotsiaalse keskkonna mõjude hindamine: vanuri kaasamine vestlusse;
- d) kaaskondlased kuritarvitavad vanurit: takistatakse kõnelemast, naeruvääristatakse jm.

Tegevusteraapia eesmärgiks on nõustada vanuri lähedasi ja hool-dajaid, soovitada nii füüsilise kui sotsiaalse keskkonna kohandusi ja selgitada erinevaid strateegiaid.

## **NÄGEMISHÄIRED**

Vananedes muutub inimese nägemisteravus silmas anatoomiliste muutuste tõttu. Sarvkest muutub paksemaks ja on tundlikum ereda valguse suhtes. Silmalääts muutub tihedamaks ja vähemelastseks, seega väheneb fookuseerimisjõud. Pupill muutub väiksemaks ja silma siseneb valgust vähem. Kõik see vähendab nägemisvõimet ja kiiret kohanemist muutuvale valgusele. Vanuritel esineb sageli silmahaigusi – kataraktid (kae), glaukoom, diabeetiline retinopaatia ja makulaarne degeneratsioon.

Pikaajalise nägemislanguse puhul (üle 3 kuu) on vaja silmaarsti uuringut, sest sageli seostavad vanurid nägemise halvenemist vananemisega, kuigi tihti oleks ravist abi.

Vanuritel annavad nägemise halvenemisest märku teatud tegevuste oluliselt vähem või harvem tegemine või teatud tegevustest hoopis loobumine (lugemine, heegeldamine, õmblemine, meestel ka parandamistööd, probleemid ravimite võtmisel, koristamisel oluline kvaliteedi langus, esemete kaotamine, liikumisraskused). Aeglaselt areneva nägemise halvenemisega vanurid kohanevad ning tuttavas ümbruses saavad igapäevaelu tegevustega hästi hakkama. Raskusi esineb mittetutavas keskkonnas. Sageli esineb sotsiaalse isolatsiooni risk – vanurid piiravad end vaid rutiinsete tegevustega, vältides uusi situatsioone ja vaba aja tegevusi. Nägemishäirete korrigeerimiseks on abivahendid omal kohal – uued prillid, sageli aitavad luubid (ka koos valgusallikaga) täpsust nõudvates tegevustes, ravimite kättesaamine ja tablettide võtmine,

insuliini annustamine jm. On ka abivahendeid vastavate tegevuste sooritamiseks. Abi on ka kuulmise ja puudutamise abil saadavast keskkonna tagasisidest. Kodus võib abi olla ka valgustuse parandamisest, suurema kirjaga raamatutest ja kalendrist. Tugeva nägemislanguse puhul on soovitatav koju keskkonnaohutuse süsteemide paigaldamine (suitsuaudurid jm) ning kindlate käitumisstrateegiate (“iga asi omal kohal”) väljakujundamine. Abi on ka füüsilise keskkonna kohandamisest heleda ja tumeda ning kontrastsete värvide kasutamisega.