

VANEMAEALISTE VAIMNE TERVIS



**Maailma Vaimse Tervise Föderatsioon
(World Federation for Mental Health)**

Ülemaailmne vaimse tervise päev,

10.10.2013



*World Mental Health Day
October 10 2013*

SISUKORD

VANEMAEALISTE VAIMNE TERVIS: KASVAV PROBLEEM	8
Taustandmed	8
Eakate vaimse tervise probleemide taustategurid	9
Vaimse tervise edendamine kui tervena vananemise osa	10
Eakate füüsilise tervise probleemid	11
Eakatel esinevad vaimsed häired	12
Dementsus	12
Depressioon	13
Teised vaimsed häired	13
Omastehooldajate vaimne tervis	14
Maailma terviseorganisatsiooni reaktsioon tekkinud vajadustele	15
Ülemaailmse tervishoiuorganisatsiooni/rahvusvahelise Alzheimeri tõve liidu raport	15
Kokkuvõte	16
Tänuõnad	16
Viited	17
PÄEV KOGU MAAILMA EAKATE VAIMSE TERVISE JA HEAOLU ÜLE MÕTLEMISEKS	20
Eakate vaimne tervis: rahvatervise valdkond	20
Eakate vaimse tervise probleemid	21
Dementsus	21
Eakate depressioon	22
Eakate ärevushäire	23
Teised levinumad eakate vaimse tervise probleemid	23
Eakate vaimne tervis ja heaolu: tulevikukavad	23
Kokkuvõte	24
Viited	25
EAKAD JA DEMENTSUS	26
Mis on dementsus?	26
Dementsusega seonduvad riskitegurid	26
Dementsuse diagnoosimine	27
Kui teile tundub, et teie lähedane ilmutab dementsuse sümptome	27
Viited	28

VAIMSE HEAOLU TEEJUHT: VANEMAEALISTE DEPRESSIOON	29
Depressioonist taastumise tööriista kasutusjuhend	29
SOTSIAALSE SEKKUMISE JA REHABILITATSIOONI ROLL VANURIHOOLDUSES	31
Sissejuhatus	31
Vananemise mõju	31
Psühhosotsiaalse sekkumise tähtsus	32
Dementsus	32
Depressioon	33
Põdurus	34
Psühhosotsiaalsete sekkumiste tulevik vanurihoolduses	34
Kokkuvõte	35
Viited	36
TOIMETULEK EAKATE KOMPLEKSSETE PROBLEEMIDE JA MULTIMORBIIDSUSEGA: AEG TEGUTSEDA	38
Sissejuhatus	38
Põdurus	38
Esimene märksõna: Multimorbiidsus	39
Teine märksõna: Kogukond, sotsiaalne kapital ja eakad	40
Kolmas märksõna: Integreeritud juhtimine	41
Neljas märksõna: Integreeritud hooldus	42
Tänuõnad	43
Viited	44

TERVENA VANANEMINE: VAIMSE VORMI SÄILITAMINE	46
Mida saab vaimse tervise säilitamiseks teha?	47
Olge füüsiliselt aktiivne	47
Liikumise mõju	47
Hoidke vererõhk normis	48
Hoidke kolesteroolitase madalana	48
Sööge köögivilja ja muud kasulikke	49
Jälgige oma ravimitarvitamist	49
Jooge mõõdukalt	50
Loobuge suitsetamisest	50
Hoidke tervislikku kehakaalu	50
Hoidke vaimset vormi	51
Leevendage stressi	51
Kaitske oma aju	52
Säilitage sotsiaalseid sidemeid	52
Kuidas mälu aidata?	53
Hoiatavad märgid	53
Mis võib vaimse haiguse vallandada või selle väljakujunemisele kaasa aidata?	54
Kui ma kahtlustan probleemi olemasolu, siis mida peaksin tegema?	55
Kasulikke linke vaimse vormi hoidmiseks:	55
Arsti, apteekri või teise tervisespetsialistiga nõu pidama minnes:	56

ISIKUKESKNE LÄHENEMINE VANURIHOOLDUSES: „KULTUURI MUUTEV“ LIKUMINE 57

Viited 61

EAKAD JA LEIN	62
Mis on lein?	62
Eakate leinakogemused	62
Normaalsed vs.komplitseeritud leinamismustrid	63
Viited	64

EAKAD, NENDE PERELIIKMED JA HOOLDAJAD	65
Alzheimeri tõbe põdeva patsiendi hooldamine	66
Pereliikmete ja omastehooldajate vajaduste märkamine ja mõistmine	67
Viis perekonna kohanemisel tekkivat reaktsiooni – spikker omastehooldajale:	69
Hooldaja eest hoolitsemine	70
Abi pereliikmetele ja hooldajale	70
Tugirühmad	71
Intervallhooldus	71
Oskuste omandamine	71
Perekonna roll hooldekodus viibiva patsiendi abistamisel	72
Patsiendile suunatud tegevused	72
Farmakoloogiline ravi	72
Iseiseisvust edendavad strateegiad	72
Füüsilise jõu/liikuvuse treenimine	73
Inkontinentsus	73
Unehäiretega toimetulek	73
Taustahelid	73
Valgustus	73
Visuaalsed meenutusvahendid	74
Toetava keskkonna pakkumine	74
Traditsiooniline psühhosotsiaalne teraapia	74
Mälestuste jagamise teraapia	74
Kinnitamine	74
Simuleeritud kohalolek	75
Lemmikloomateraapia	75
Rekreatsiooniteraapiad	75
Kunstiteraapiad	75
Omastehooldajate depressioon	75
Hooldajate abistamine enese eest hoolitsemisel	76
Spetsialistidega konsulteerimine	77
Uuringud ja Alzheimeri tõve raviväljavaated	78
Kokkuvõte	78
KOOSTÖÖ PEREKONNAGA EAKATE PATSIENTIDE HOOLDAMISEL	79
Vanemaealiste depressioon	80
Eakad ja psühhosotsiaalsed teraapiad	81
Tänusõnad	82
Viited	83

FAKTILEHT: ENESE EEST HOOLITSEMINE OMASTEHOOLDAJATE ENESEABI 84

Esmalt hoolitsege enda eest 84

Hooldustöö mõjud tervisele ja heaolule 84

Enese eest hoolitsemine: vastutuse võtmine 85

Isiklike barjääride leidmine 86

Edasiliikumine 87

1.abinõu: Stressi vähendamine 87

2.abinõu: Eesmärkide püstitamine 88

3.abinõu: Lahenduste otsimine 89

4.abinõu: Konstruktivne suhtlemine 89

5.abinõu: Abi palumine ja vastuvõtmine 90

6.abinõu: Arstiga nõu pidamine 91

7.abinõu: Liikumine 92

8.abinõu: Emotsioonidest õppimine 93

Kokkuvõtteks 94

EAKATE HOOLDAJAD: VÄLJAKUTSED JA TUGI 95

Omastehooldajate väljaselgitamine 96

Eakad hooldajatena 96

Omastehooldajate heaolu 97

Hooldajate vajaduste hindamine ja nende hooldusjuhtumid 97

Viited 98

KULDSPONSORID 100

HÕBESPONSOR 100

VANEMAEALISTE VAIMNE TERVIS: KASVAV PROBLEEM

*M.T. Yasamy, T. Dua, M. Harper, S. Saxena,
Maailma terviseorganisatsiooni vaimse tervise ja uimastite kuritarvitamise
taustauuringute osakond*

Taustandmed

Maailma rahvastiku keskmine vanus ei ole olnud kunagi nii kõrge kui praegu. Praegu on maailmas 60-aastaseid ja vanemaid inimesi üle 800 miljoni. Arvutused näitavad, et 2050.aastaks ületab see arv kahe miljardi piiri. Praeguste 60-aastaste oodatavaks elueaks on 78,5 – 81,6 eluaastat (1). Peagi on maailmas eakaid rohkem kui lapsi. Vastupidiselt üldlevinud arusaamadele elab suurem osa eakatest madala ja keskmise sissetulekuga riikides, ning just nende riikide vananemisenäitajad on maailma kõrgeimate seas (2, 3). ÜRO kasutab eakate määratlemisel rajajoont 60-aastased ja vanemad (ÜRO Rahvastikufond, 2012), kuid paljudes kõrge sissetulekuga riikides on vanusepiiriks, millest alates on võimalik taotleda vanusega seotud sotsiaalkindlustuse hüvesid, 65 eluaastat (1, 2). Nimetatud kõrgem vanusepiir ei sobi arengumaade, sealhulgas Aafrika riikide olukorraga, kus oodatav eluiga on sageli madalam kui kõrge sissetulekuga riikides (4). Eakad seisavad silmitsi paljude spetsiifiliste terviseprobleemidega. Paljud väga kõrges eas vanurid kaotavad võime elada iseseisvalt – piiratud liikumisvõime, dementsuse või teiste füüsiliste või vaimsete tervisehädade tõttu, ning vajavad pikaajalist hooldamist. Selle aastatuhande alguses selgus, et ligikaudu 20% USA 55-aastastest ja vanemaealistest täiskasvanutest kannatab mõne vaimse häire all (5). Hiljem on ülemaailmne statistika näidanud, et sama probleemiga on tegemist peaaegu kõikides maailma riikides (6). Tervishoiutöötajad ning eakad ise alahindavad vaimse tervise probleemide esinemist, ning eakad on sageli tõrksad sellise mure korral abi otsima.

Eakate vaimse tervise probleemide taustategurid

Inimese vaimset tervist mõjutab hulk sotsiaalseid, demograafilisi, psühholoogilisi ja bioloogilisi tegureid. Peaaegu kõik need faktorid saab välja tuua ka vanemaealiste puhul. Sellised tegurid, nagu vaesus, sotsiaalne isoleeritus, iseseisvuse kaotus, üksildus ja erinevat liiki kaotused mõjutavad vaimset tervist ja üldist tervislikku seisundit. Vanemaealistel on suurem tõenäosus kogeda raskeid isiklike kaotusi või omada mõnd füüsilist puuet, mis mõjutavad emotsionaalset heaolu ning annavad tulemuseks kehvema vaimse tervise. Eakad võivad kannatada ka kodudes või hooldeasutustes esineva väärkohtlemise tõttu (7). Teisest küljest tõstavad sotsiaalne toetus ja peresuhted eakate eneseväärikust, ning neil on selle vanuserühma vaimset tervist kaitsev roll.

Kõikjal maailmas on eakate hulgas naisi rohkem kui mehi. Erinevus kasvab vanuse suurenedes, ning seda on nimetatud „vananemise feminiseerumiseks.“ Eakatel meestel ja eakatel naistel on erinevad tervise- ja multimorbiidsuse mustrid; naistel on enamasti väiksemad sissetulekud, kuid tugevamad perekondlikud tugivõrgustikud (1). Samas esineb eakatel naistel rohkem depressiooni ja Alzheimeri tõbe (8). Põlvkondadevaheline solidaarsus on kahanemas, eriti kõrge sissetulekuga riikides. Mõningates madala ja keskmise sissetulekuga riikides suureneb nende vanavanemate arv, kes elavad koos lapselastega. Nn. „vahelejäetud põlvkonna“ elukorraldus on hakanud laialdasemalt levima majandusmigratsiooni, ning mõningates ühiskondades ka HI-viirusest/aidsist põhjustatud surmade tõttu. Sellest tingitud eakate sotsiaalne stress vajab edasist uurimist (1). Drastiline demograafiline muutus toob esile uusi väljakutseid, kuid ka potentsiaalseid võimalusi. Sotsiaalmajanduslikud mõjud koos nendest tulenevate tagajärgedega tervisele on uued maailma ees seisvad mured, mis loovad paradoksaalse olukorra. Muutused eakate sotsiaalses rollis mõjutavad nende heaolu. Märkimisväärselt paljudes riikides on eakate tervisenäitajad varasemaga võrreldes paranenud. Eakatel oodatakse üha enam produktiivsust ning suuremat panust pere- ja/või kogukonna ellu. Üldlevinud hoiakud eakate suhtes enamasti arvestavad nende väärikusega, väheste eranditega mõningates kultuurides. Siiski on praegune eakate roll muutunud, erinedes kunagisest „targa nõuandja“ rollist. Pensioniiga on paljudes kõrgema sissetulekuga riikides tõusnud. Vanemaealistelt oodatakse panustamist ühiskonna- ja pereellu, vabatahtlikku tööd ning aktiivset osalemist tööturul, kui nende tervis

seada lubab. Oodates eakatelt suuremat panust kogukondadele ja peredele, peaks selle juurde kuuluma ka täiendav tugi ühiskonnalt. Tõsine füüsilise ja vaimse tervise riskifaktor, ning ühtlasi tähtis inimõiguste küsimus, on eakate väärkohtlemine. Maailma terviseorganisatsioon defineerib eakate väärkohtlemist kui „ükiskut või korduvat tegu või vajaliku tegevuse puudumist, mis tekitab eakale kahju või kannatusi, ning mis leiab aset suhte raames, kus oleks alust oodata usaldust.“ Väärkohtlemine võib olla füüsilist, seksuaalset, psühholoogilist, emotsionaalset või rahalist ja ainelist laadi, see võib tähendada hülgamist või hooletussejätmist; ning sellega kaasneb tõsine eneseväärkuse ja eneseaustuse kaotus. Kõrge sissetulekuga riikides, kus on olemas sellekohased andmed, on umbes 4-6% eakatest kogenud kodus mõnd tüüpi väärkohtlemist. See näitaja võib isegi kõrgem olla, kuna paljud eakad on liiga ära hirmutatud või pole võimelised väärkohtlemisest teada andma. Kuigi andmed selle probleemi ulatusest haiglates, hooldekodudes ja teistes pikaajalise hooldusega tegelevates asutustes on puudulikud, osutavad need siiski väärkohtlemise kõrgemale esinemissagedusele võrreldes olukorraga kodudes. Eakate väärkohtlemine võib viia mitte ainult füüsiliste vigastusteni, vaid ka kauakestvate psühholoogiliste tagajärgede, sealhulgas depressiooni ja ärevushäireni (9).

Vaimse tervise edendamine kui tervena vananemise osa

Eakate vaimset tervist saab parandada aktiivset ja tervet vananemist edendades. Tervena vananemise edendamiseks tuleb tegelda sotsiaalmajanduslike teguritega, ning ebavõrdsete tervisenäitajate puhul arvestada sooliste ja vähemusrühmade iseärasustega. Aktiivse vananemise vastaseid stereotüüpe nimetatakse vanuritepõlguseks (i.k.ageism), ning nendest tuleb vabaneda. Põlastavate hoiakute alusel peetakse eakaid jõuetuteks, töövõimetuteks, füüsiliselt nõrkadeks, pikataibulisteks, puudelisteks või abituteks, ühesõnaga – nende „parim enne“ on möödas. Vanuritepõlgus loob noorte ja eakate vahele sotsiaalse lõhe ning takistab ühiskonnaelus osalemist. Ealine diskrimineerimine mõjutab negatiivselt eakate heaolu (10).

Vananemine on pikaldane protsess, ning vaimse tervise ja heaolu edendamisel vanemas eas saame palju ära teha. Võtmeteguriteks on siin osalemine sisukates ja mõtestatud tegevustes, tugevad isiklikud suhted ning hea

füüsiline tervis. Vanemaealiste vaimse tervise juures on tõsiseks riskifaktoriks vaesus, millega tuleb arvestada (11). Eakate väärkohtlemisse puutuvalt on eakate vaimse tervise edendamine kriitlise tähtsusega. Tervishoiuasutused, omavalitsuste hoolekandetasutused ja sotsiaalteenuste sektor peaksid eakate väärkohtlemist senisest enam märkama ja ära tundma, ning neid tuleb sellega võitlemisel toetada. Deinstitutionaliseerimine ning allesjäänud institutsioonide teravdatud jälgimine on tähtsad lisastrateegiad eakatele paremate teenuste tagamisel. Tervislike eluviiside propageerimine kogu elanikkonna seas, kõige noorematest vanuserühmadest alates, koos füüsilist ja vaimset aktiivsust suurendavate strateegiatega, suitsetamisest hoidumine, alkoholi liigtarvitamise ennetamine ning mittenakkuslike haiguste varajase diagnoosimise ja ravi tagamine annab oma panuse tulevaste eakate paremasse vaimsesse tervisesse. Ühiskonnaliikmete, valitsusväliste organisatsioonide ja mittetulundusühingute kaasamine ning riigi- ja erasektori koostöö on eakate terviseedendusstrateegiate elluviimisel suureks abiks.

Eakate füüsilise tervise probleemid

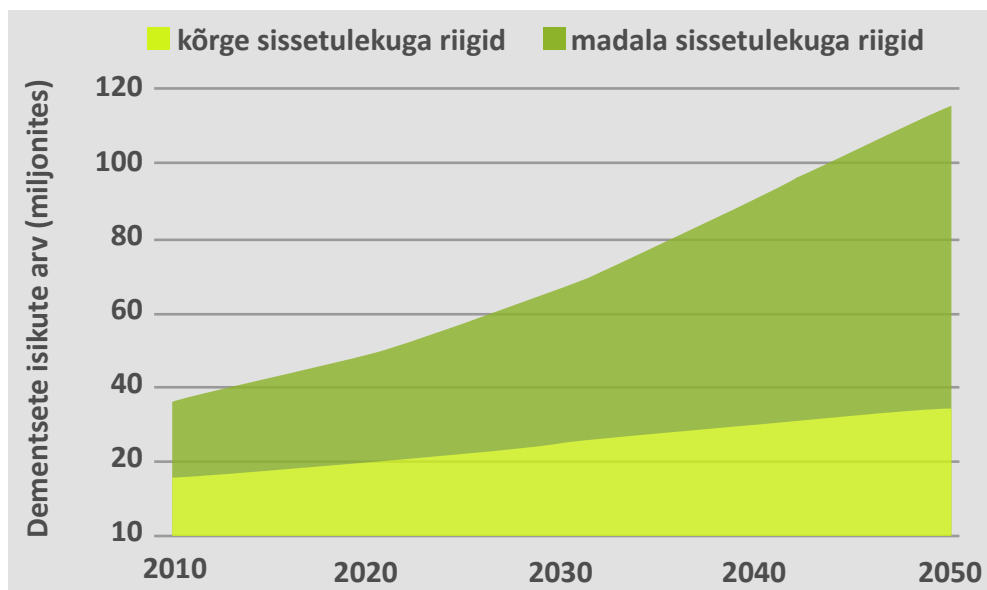
Ka vaestes riikides on eakate surmapõhjuseks enamasti mittenakkuslikud haigused, nagu südamehaigused, vähk ja diabeet, ning hoopis vähem nakkuslikud ja parasitaarsed haigused. Sageli on eakatel mitu terviseprobleemi korraga (8). Degeneratiivsete ajuhaiguste riskifaktoreid, nagu kõrge vererõhk, diabeet ja kõrge kolesteroolitase, esineb eakatel aina sagedamini (12). Vaimsel tervisel on füüsilisele tervisele suur mõju. Näiteks depressioonidiagnoosiga diabeetikud alluvad halvemini ravile, ei jälgi nii täpselt oma veresuhkru taset, neil on suurem tüsistuste tekkerisk, alanenud elukvaliteet, nad kasutavad rohkem tervishoiuteenuseid, mis tähendab ka suuremaid kulutusi; nende töövõime võib alaneda kuni täieliku töövõimekaotuseni, ning neil on kõrgem suremusrisk (13). Ning vastupidi: tõsise terviseprobleemiga inimeste, näiteks südamehaigete, diabeetikute, astma- ja artriidihaigete seas esineb rohkem depressiooni kui meditsiinilises mõttes tervetel inimestel (14).

Eakatel esinevad vaimsed häired

Dementsus

Dementsus on sündroom, mis hõlmab mälu ja mõtlemisvõime allakäiku ning hälbinud käitumist ja kahjustab võimet toime tulla igapäevaste tegevustega, nagu riietumine, söömine, isiklik hügieen ja tualetiskäimine (15). Peamiselt tabab see eakaid inimesi, kuid ei kuulu normaalse vananemisprotsessi juurde. Maailma terviseorganisatsiooni ja Rahvusvahelise Alzheimeri tõve liidu (Alzheimer's Disease Association International –ADI) 2012. aasta raportis hinnatakse dementsete osakaaluks 60-aastaste ja vanemate seas 4,7%. See tähendab, et maailmas elab 35,6 miljonit dementset inimest (12). Ennustuslikult kahekordistub dementsete inimeste arv iga 20 aasta järel. Nii võib oodata, et aastaks 2030 elab maailmas 65,7 miljonit dementset, ning aastaks 2050 kuni 115,4 miljonit (12). Suure osa sellest kasvust annab dementsete vanurite suurenev arv madala ja keskmise sissetulekuga riikides (vt. Joonis 1).

Sellega kaasnevad tuntavad sotsiaalsed ja majanduslikud mõjutused otseste kulutuste näol meditsiinile, sotsiaalhoolekandele ja mitteformaalsele (kodusele) hooldusele. Kogukulu suhtarv SKP-st varieerub 0,24 protsendist madala sissetulekuga riikides 1,24 protsendini kõrge sissetulekuga riikides (12).



Joonis 1: Dementsete inimeste arvu kasv sissetuleku alusel, rühmitatud riikide kaupa

Kuigi dementsust ei ole võimalik välja ravida, saab dementsete ja nende hooldajate heaks palju ära teha. Olemas on mitmeid farmakoloogilisi vahendeid, ning ka mittefarmakoloogilisi abinõusid, mida suudavad pakkuda ka vastava spetsialiseerumiseta tervishoiutöötajad (15;16).

Depressioon

Depressioon on eakate hulgas üsna levinud. Vastavalt Tervise mõõdistamis- ja hindamisinstituudi (Institute of Health Metrics and Evaluation –IHME) 2010. aasta andmetele on depressiooni (kliinilise depressiooni pluss düstüümia) osa haiguskoormusele kaotatud eluaastate hulgas vanemate kui 60-aastaste seas 9,17 miljonit aastat ehk 1,6% haiguskoormusele kaotatud eluaastate koguarvust selles vanuserühmas (17). Eakate depressioonisümptomid erinevad nooremaealiste depressioonist vaid osaliselt. Eakatel võib esineda rohkem somaatilisi kaebusi (18). See asjaolu, pluss teiste krooniliste haiguste esinemine võib depressiooni diagnoosimise raskemaks muuta. Varasema spetsialiseerumiseta, kuid korraliku väljaõppe saanud tervishoiutöötajad suudavad eakate depressiooni ära tunda ja ravida. Efektiivne psühholoogiline ja farmakoloogiline ravi on olemas, kuid sellele vanuserühmale antidepressantide määramisel tuleb olla väga hoolikas. Antidepressandikuuri tuleb alustada ja lõpetada väiksemate annustega (15, 19, 20). Tõsine depressioon võib viia suitsiidini. Teiste krooniliste haiguste esinemine ning alkoholarvitamine suurendavad seda riski (21).

Teised vaimsed häired

Kuigi sõltuvust tekitavate ainete tarvitamist peetakse enamasti noorte probleemiks, ei tohiks sellest mööda vaadata ka eakate puhul. Sõltuvusttekitavate ainete kasutamise probleemi eakate hulgas sageli ei nähta või väärdiagnoositakse. Aastast 2001 kuni aastani 2020, selliste eakate arv Euroopas kahekordistub (22). Vastavalt Tervise mõõdistamis- ja hindamisinstituudi 2010. aasta andmetele on alkoholisõltuvusele kaotatud eluaastate arv üle 60-aastaste seas u. 1,5 miljonit aastat, mis teeb 0,3% haigusele kaotatud eluaastate koguarvust selles vanuserühmas (17). Teiste sõltuvust tekitavate ainete kuritarvitamist iseloomustavad arvud on 338 000 aastat ja 0,1%. Toetusravi kättesaadavus ja parem arstiabi on suurendanud nende eakate hulka, kes alustasid uimastite tarbimist noorukieas. Stressirohked elusündmused, nagu pensionilejäämine, abielulahutus või elukaaslase surm, sotsiaalne isoleeritus, rahamured, vaimsed häired ja kroonilised füüsilised haigused võivad saada ajendiks sõltuvusainete kuritarvitamiseni jõudmisel. Vananemisega seotud füsioloogilised muutused ja teiste ravimite, eeskätt rahustite, tarvitamine,

vähendavad eakate alkoholitaluvust, ning see tähendab suuremat tõenäosust maksakahjustuste tekkeks ning suurenenud õnnetuste ja vigastuste riski (22).

Ravimeid kirjutatakse eakatele välja sageli. Mõned retseptiravimid nagu bensodiasepiinid ja opioidid on sõltuvuse või kuritarvitamise väljakujunemise seisukohalt potentsiaalsed riskiallikad, ning sõltuvus või kuritarvitamine võib tekkida nii meditsiinilises kontekstis kui selle väliselt. Sõltuvushäirete ravi on eakate puhul sama efektiivne kui noorte puhul. Sõltuvushäirest põhjustatud terviseprobleemide, eriti võõrutusnähtude või sõltuvust tekitavate ainete mõjul tekkinud psühhooside ravi tuleb läbi viia toetavas õhkkonnas, vajadusel meditsiinasutuses, arvestades psühhoaktiivsete ainete ja retseptiravimite koostoime ning kaasnevate tervisehäiretega. Vaimsed häired on sagedasemad intellektipuudega inimeste seas. Lisaks on kasvamas nende intellektipuudega inimeste arv, kes on küllalt eakad, et neil areneks välja dementsus. Niigi kahjustatud kognitiivne funktsionaalsus on dementsuse suhtes haavatavam. Paljud kõrge sissetulekuga riigid panustavad vastavasisulistesse uuringutesse ning sellele eakaterühmale suunatud teenustesse. Tegemist on uue tööpõlluga, kuna seni on rõhku pandud esmasandihooldusele ning institutsionaliseerimise vältimisele (23).

Omastehooldajate vaimne tervis

Dementsed või depressiivsed eakad saavad enamasti tuge oma abikaasadelt, teistelt pereliikmetelt või sõpradelt. Hooldajate õlgadele on asetatud raske koorem, neil esineb sageli stressi ja depressiooni (24). Psühhosotsiaalse toe pakkumine hooldajatele peaks olema lülitatud kõikidesse eakate vaimsete häiretega tegelevatesse teenuspakettidesse. Psühhoariduslikud meetmed, nagu aktiivset osalust eeldavad hooldajate koolitused (nt. rollimängud käitumuslike probleemide haldamisel) on dementsete vanurite hooldajate puhul oma efektiivsust tõestanud. Hooldajate psüühilist koormust on võimalik vähendada toetuse, nõustamise ja/või kognitiiv-käitumuslike võtetega. Depressiooni esineb hooldajatel sageli, ning selle probleemiga tuleb adekvaatselt tegelda (15).

Maailma terviseorganisatsiooni reaktsioon tekkinud vajadustele

MTO aktiivse ja tervena vananemise programme toetab globaalne raamistik, käivitamaks tegevust riikide tasandil (25). MTO on tunnistanud dementsuse rahvatervise prioriteetseks probleemiks ning toetab riikide valitsusi eakate vaimse tervise tugevdamisel ja edendamisel, eeskätt madala ja keskmise sissetulekuga riikides. MTO juhtalgatus, „Vaimse tervise alaste lünkade täitmise programm“ (Gap Action Programme –mhGAP) on lülitanud dementsuse prioriteetset käsitlust nõudvate haigusseisundite hulka. Programmi juurde kuuluv sekkumisjuhised (mhGAP-IG) hõlmab gerontoloogilise spetsialiseerumiseta tervishoiuteenuste pakkujate tõendusühendite sekkumisi vähese ressursidega oludes kõikide prioriteetsete haigusseisundite, sh. dementsuse, depressiooni, ning alkoholi ja uimastite kuritarvitamise puhul (15).

Ülemaailmse tervishoiuorganisatsiooni/rahvusvahelise Alzheimeri tõve liidu raport

2012. aastal avaldatud raporti „Dementsus – rahvatervise prioriteet,“ eesmärkideks on teadlikkuse tõstmine ning dementsuse alase teabe pakkumine. Eesmärgiks on ka avaliku ja erasektori koostöö tugevdamine dementsetele vanuritele ja nende hooldajatele hoolduse ja toe pakkumisel (26).

Viimasel, 24.05.2013 toimunud Maailma Tervise Assambleel vastuvõetud raportis „Kompleksne vaimse tervise tegevuskava aastateks 2013–2020“ kirjeldati eakaid haavatava, kõrge vaimse tervise probleemide tekkeriskiga rühmana. Maailma Terviseorganisatsiooni peadirektorile esitatud pöördumiste hulka lülitas assamblee eakate pikaajalise hoolduse küsimuse (27).

Kokkuvõte

Eakate osakaal rahvastikust kasvab maailmas kiiresti. Demograafilisest muutusest tulenevad sotsiaalmajanduslikud mõjud avaldavad toimet ka inimeste vaimsele tervisele. MTO toetab valitsusi vaimse tervise teenuste alase lünga täitmisel, eriti vaesemates riikides.

Kuigi eakate vaimse tervise bioloogilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed aspektid vajavad täiendavat uurimist, teame juba piisavalt palju selleks, et olukorda paremaks muuta. Meil tuleb tõsta üldist heaolutaset elukestva aktiivsuse põhimõtte abil ning edendada tervislikku elustiili. Vaimsete häirete diagnoosimine ja ravi selles vanuserühmas peab olema võimalikult varajane. Oluline on suurendada sotsiaalset kapitali ning kaasata eakate toetamise kogukonnad ja pereliikmed. Tuleb toetada ja kaasata mittetulundusühinguid, valitsusväliseid organisatsioone ja eakate eneseabirühmi. Vaimse tervise teenuste alase tühimiku täitmiseks tuleb soodustada avaliku ja erasektori koostööd. Väga tähtsad on teadmised selle kohta, millised abinõud on seni efektiivseks osutunud ja millised mitte. Meil tuleb võidelda eakate väärkohtlemise vastu, loobuda eakaid diskrimineerivatest hoiakutest, ning kutsuda eakaid igapäevaelus aktiivselt osalema. Paljud eakad järgivad siiani eluviise, mis kahjustavad vaimset tervist. Neile tuleb anda teadmisi, julgustada neid rohkem liikuma, hoidma pere- ja kogukonnasuhteid, säilitama vaimset aktiivsust, alandama kehakaalu, loobuma suitsetamisest ja ülemäärasest alkoholitarvitamisest, ning jälgima oma vererõhku, veresuhkru ja kolesterooli taset. Enamus neist meetmetest on osutunud eakate puhul kasutoovateks.

Tänu sõnad

Täname kommentaaride eest V. Poznyakki, M. VanOmmereni ja D. Chisholmi, ning Armin von Guntenit ja Deepti Kukrejat MTO koostöökeskusest Eakate psühiatria akadeemiline teenuskeskus (WHO Collaboration Centre of Service Universitaire de Psychiatrie de l'Age Avancé – SUPAA) Lausanne'is panuse eest MTO raporti eelnõu koostamisse.

Viited

1. UNFPA (ÜRO Rahvastikufond): „The State of World Population 2012.“ http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp/2012/EN_SWOP2012_Report.pdf, 20.05.2013
2. MTO: „Are you ready? What you need to know about ageing,“ MTO, 2012. <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/en/>, 25.05.2013
3. MTO: „Functional decline and dependence in ageing populations,“ 66. Maailma Tervise Assamblee paneelüritus, 2013. <http://www.who.int/ageing/events/wha66/en/index.html>, 1.07. 2013
4. MTO: „Definition of an older or elderly person. Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project.“ <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>, 25.05.2013
5. USA Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste ministeeriumi vananemise töörühm (2001). „Older Adults and Mental Health: Issues and Opportunities.“ Washington.
6. MTO: „The Global Burden of Disease: 2004 update.“ MTO, Genf 2008.
7. MTO, EL: „Risk factors of ill health among older people.“ <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/facts-and-figures/risk-factors-of-ill-health-among-older-people>, 25.05.2013
8. WHO: „Interesting facts about ageing.“ 2012. <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/index.html>, 30.06.2013
9. MTO: „Elder maltreatment. Fact sheet N°357,“ 2011. august. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/index.html>, 1.07.2013
10. MTO: „Ageing and life course, fighting stereotypes.“ 2012. http://www.who.int/ageing/about/fighting_stereotypes/en/index.html, 1.07.2013
11. Rootsi riiklik rahvatervise instituut: „Healthy ageing, a challenge for Europe.2006.“ <http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Healthy%20Ageing%20-%20A%20Challenge%20for%20Europe.pdf>, 20.06. 2013
12. MTO: „Dementia: a public health priority.“ Maailma Terviseorganisatsioon, Rahvusvaheline Alzheimeri tõve liit,“ Genf, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf, 25.05.2013
13. Egede LE, Ellis C. „Diabetes and depression: Global perspectives. Diabetes Research and Clinical Practice.“ 2010.märts;87(3): lk.302–312.
14. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. „Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys.“ The Lancet. 2007 Sept.; 370(9590): lk.851–858.
15. MTO: mhGAP-IG (sekkumisjuhis): http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf WHO, 2010, 25.05.2013
16. Seitz DP, Brisbin S, Herrmann N, Rapoport MJ, Wilson K, Gill SS, jt. „Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review.“ J Am. Med. Dir. Assoc. 2012.juuli;13(6): lk.503–506.
17. IHME. „Global Burden of Disease Study 2010.“ (GBD 2010) Allalaaditav aadressil: <http://ghdx.healthmetricsandevaluation.org/global-burden-diseasestudy-2010-gbd-2010-data-downloads>, 20.06.2013
18. Hegeman JM, Kok RM, Mast RC van der, Giltay EJ. „Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis.“ BJP. 2012 Apr. 1;200(4): lk.275–81.
19. MTO: „Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care.“ MTO, Genf, 2009.1.
20. MTO: „Evidence-based recommendations for management of depression in non-specialized health settings.“ 2010 http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/en/index.html, 1.06. 2013.
21. Blow FC, Brockmann LM, Barry KL. „Role of alcohol in late-life suicide. Alcohol.“ Clin. Exp. Res. 2004. mai; 28(5 Lisa):48S–56S.
22. Euroopa uimastite ja uimastitarbimise monitooringukeskus (EMCDDA): „Substance use among older adults: a neglected problem.“ EMCDDA, Lissabon, Apr. 2008. Kätesaadav veebiaadressil: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index50563EN.html>, 27.05.2013
23. Intellektipuude ja dementsuse riikliku töörühma raport: „My Thinker’s Not Working. A National Strategy for Enabling Adults with Intellectual Disabilities

- Affected by Dementia to Remain in Their Community and Receive Quality Supports.“
2012. <http://www.rrtcadd.org/resources/NTG-Thinker-Report.pdf>, 20.06.2013.
24. Van Vliet D, de Vugt ME, Bakker C, Koopmans RTCM, Verhey FRJ.
„Impact of early onset dementia on caregivers: a review.“ *Int. J Geriatr Psychiatry*. 2010, Nov. 25(11): lk.1091–1100.
 25. MTO: „Care and independence in older age.“ 2013. <http://www.who.int/ageing/en/>, 1.07.2013
 26. MTO: „Dementia, a public health priority.“ MTO/Rahvusvaheline Alzheimeri tõve liit, Genf, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf, 25.05.2013
 27. MTO: „Comprehensive mental health action plan 2013–2020.“ 66. MAAILMA TERVISE ASSAMBLEE, A66/70, 24.05.2013

VANEMAEALISTE VAIMNE TERVIS

PÄEV KOGU MAAILMA EAKATE VAIMSE TERVISE JA HEAOLU ÜLE MÖTLEMISEKS

*Carlos Augusto de Mendonça Lima, M.D., D.Sci,
Euroopa Psühhiaatrite Liidu geriaatrilise psühhiaatria sektsiooni esimees; Maailma
Psühhiaatrite Liidu eakate psühhiaatria sektsiooni sekretär; Les Toises'i Psühhiaatria- ja
psühhoteraapiakeskus Lausanne'is (Šveits).
climasj@yahoo.com*

*Jacobo Mintzer, M.D., M.B.A,
Rahvusvahelise Psühhogeriaatria Liidu president,
Lõuna-Carolina Meditsiiniülikooli terviseuuringute osakond, USA
mintzerj@musc.edu*

Eakate vaimne tervis: rahvatervise valdkond

Maailma tervishoiuorganisatsiooni tervise definitsiooniks on „täielik füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mis ei tähenda ainult haiguse või puude puudumist.“ (1). See tähendab, et vaimne tervis on üldise tervise ja heaolu olemuslik osa, mida tuleb pidada sama tähtsaks kui füüsilist tervist.

/---/ Paljud inimesed elavad pika ja õnneliku elu ilma vaimse tervise probleemideta, ning kuigi eakaid kujutatakse sageli kurvameelsete, pikaldaste ja unustajatena, ei ole vaimsed häired vananemise vältimatu tagajärg. Siiski on üheks maailma rahvastiku kiire vananemise võimalikuks negatiivseks tagajärjeks vaimsete häiretega inimeste arvu kasv, mis viib koormab vaimse tervise teenustesüsteemi paljudes riikides üle (3).

Enam kui 20 protsendil 55-aastastest ja vanematest võib olla mingit tüüpi vaimse tervise probleem (4). Vananemisega kaasnevad bioloogilised muutused mõjutavad aju tööd. Ühiskondlikud muutused võivad viia üksilduseni või tekitada väärtusetuse tunnet. Ka somaatilistel haigustel on siin oma osa. Vaimsed häired võivad süvendada füüsiliste haiguste sümptomeid ja puudest tulenevaid vaevusi, mille tulemuseks on tervishoiuteenuste tarbimise kasv, pikemad haiglasoleku ajad ning suuremad tervishoiukulud (5). Vaimse tervise probleemidel on suur mõju eakate toimetulekule igapäeva eluga, mille tagajärjeks võib olla iseseisvuse

ja sõltumatus vähenemine ning elukvaliteedi halvenemine. Esimeseks sammuks nende tagajärgede vähendamisel on diagnoosi panek. Kahjuks jäävad vaimse tervise probleemid liiga sageli diagnoosi ja ravita, ning paljud eakad peavad toime tulema asjakohase abita või üldse ilma selleta (5).

Tänaste eakate puhul on üsna ebatõenäoline, et nad tunnistavad enda puhul vaimuhaiguse olemasolu ning taotlevad vaimse tervise teenuseid. Vaimsete häiretega seostub liiga palju eelarvamusi ja stigmasid. Mõned eakad näevad vaimses häires nõrkuse märki, ning ei soovi probleemi tunnistada, eriti kui neil on põhjust karta oma iseseisvuse vähenemist. Liiga palju on neid, kes arvavad, et dementsuse ja depressiooni sümptomid on vananemise loomulik osa. Paljude eakate jaoks napib vastavaid teenuseid või pole need nende jaoks kättesaadavad (6).

Teiseks takistuseks on tööjõu küsimus: liiga vähestel tervishoiuteenuste pakkujatel on vanurihoolduse alane ettevalmistus, ning paljud neist jagavad ühiskonnas levinud eelarvamusi. Sedalaadi terapeutiline pessimism paneb tervishoiutöötajaid uskuma, et vanainimesed ei muutu niikuinii, ning psühhiaatriliseks raviks on juba hilja. Selle tulemusel investeeritakse vaimse tervise probleemidega eakatele suunatud arengustrateegiatesse, programmidesse ja teenustesse napilt (3).

Eakate vaimse tervise probleemid

Dementsus

Dementsus kirjeldab sümptomeid, mis avalduvad aju ja vaimse võimekuse pideva allakäiguna. 2% - 10% dementsetest on haigestunud enne 65.eluaastat. 65.eluaasta järel kahekordistub haigestumistõenäosus iga viie aastaga. 2011. aastal hinnati dementsete vanurite koguarvuks maailmas 35,6 miljonit, ning see arv kahekordistub iga 20 aastaga – enamuse neist inimestest elab pikaaravi- või hooldusasutustes.(3).

Dementsus on eakate kõrvalabist sõltumise ja toimetulematuse peamine põhjus. Hinnanguliselt olid 2010.aastal dementsusega seotud kulutused (maailmas kokku) 604 miljardit USD, mis moodustasid maailma üldistest tervishoiukuludest vaid 16%. Dementsus mõjutab väga tugevalt dementsete inimeste ja nende hooldajate elukvaliteeti (3).

Kahjuks jätab dementsuse alane teadlikkus ja mõistmine enamikes riikides

soovida. Madala teadlikkusega kaasnevad stigmatiseerimine ja isolatsiooni surumine. Teadmiste nappus takistab õigeaegset diagnoosipanekut ning seoses sellega ka meditsiiniliste ja sotsiaalteenuste saamist, tekitades tõsise vajakajäämise. Vähene teadlikkus kahjustab perekondade toimetulekut ning suurendab eakate rahalist ja juriidilist haavatavust. Riiklikul tasandil kujundavad vähene teadlikkus ja varajast sekkumist takistav puudulik taristu olukorra, kus hiljem tuleneb suurenenud haigestumuse ja sõltuvuse väljakujunemisel teha tunduvalt suuremaid kulutusi. /---/.

Dementsust põhjustavaid haigusi on kokku üle saja. Alzheimeri tõve arvele saab kirjutada pisut üle 50% dementsusjuhtudest. Väga levinud on ka vaskulaarne (aterosklerootiline) dementsus. Teiste dementsustüüpidega võib nimetada veel Lewy dementsustüüpi, frontotemporaalset dementsust, ning Wernicke-Korsakovi sündroomi, mis tekib alkoholi kuritarvitamise tagajärjel (3).

Eakate depressioon

Depressioon on eakate hulgas kõige enam levinud vaimse tervise probleem. /---/ Depressioon mõjutab ja raskendab teiste krooniliste haiguste kulgu. Depressiivsed eakad külastavad sagedamini arsti ja vajavad enam kiirabiteenuseid, kasutavad rohkem ravimeid, tekitavad suuremaid ambulatoorseid kulutusi, ning viibivad kauem haiglaravil. Kuigi depressioonisümptomitega eakate arv kasvab koos vanusega, ei ole depressioon vananemise loomulik osa (5, 8).

Mõned depressioonisümptomid on iseloomulikud just eakatele: enamasti ei kaeba nad langenud meeleolu üle, vaid muutuvad ärevateks, kartlikeks ja ebakindlateks. Ärevus on eakate depressiooni puhul üks peamisi hoitavaid märke. Eakatel võib meeleolu alanemine väljenduda ka füüsiliste kaebuste, eeskätt valu kaebamise kaudu. Sagedasteks sümptomiteks eakatel on peataolek (segadus) ja unustamine. Eakate depressiooni taga on sageli sotsiaalsed tegurid, eeskätt kaotused, sotsialiseerumisraskused, mis võivad viia isolatsioonini, ning mõnikord ka pensionilejäämise järel tekkinud igavus (8, 9, 10). Eakatel meestel on peaaegu kõikides kultuurides väga kõrge suitsiidirisk (11, 12). Enamjuhtudel on eakate depressioon ravitav. /--/ On oluline, et depressioonina ei diagnoositaks füüsilisi vaevusi, ning välditaks raviskeeme, mis võivad põhjustada depressiooni (9, 10).

Eakate ärevushäire

Ärevus, paanika ja foobiad häirivad elu kümnendikul eakatest. Hirm on normaalne emotsioon, kuid mõnikord muutub see kontrollimatuks ning segab isegi kõige lihtsamate asjadega toimetulemist. Ärevus on sageli eakate depressiooni tunnuseks ning võib võimendada alanenud meeleoluga kaasnevaid füüsilisi vaevusi (13, 14). Abi on siin kognitiiv-käitumuslikust teraapiast ja medikamentoosest ravist ning tööst ärevuse ja depressiooni sümptomitega (13, 14).

Teised levinumad eakate vaimse tervise probleemid

Enamik vaimse tervise probleemidest võib avalduda igas vanuses, seega ulatuvad haigusseisundid bipolaarsest meeleluhäirest obsessiiv-kompulsiivse häire ja sõltuvushäireteni, harvem võib eakatel välja areneda skisofreenia. Psühhootilised häired, mida iseloomustab kontakti kaotamine reaalsusega, võivad eakate inimeste hulgas olla üsna sagedased, põhjustades meelepetteid ja ebatavalisi uskumusi ning kahjustades arusaamisvõimet. Psühhooze võivad põhjustada erinevad haigusseisundid, nagu dementsus, nakkushaigused, ainevahetus- ja hormonaalsed häired, meelelundite puuded ja sõltuvust tekitavate ainete kuritarvitamine. Psühhooz võib tabada kuni viit protsenti kogukonnas elavatest eakatest, hooldekodudes elavate eakate puhul on suhtarv märksa suurem (15, 16).

Eakate vaimne tervis ja heaolu: tulevikukavad

Kõigil on õigus vananeda nii vaimselt kui füüsiliselt tervena. See õigus hõlmab aktiivset ja rahuldustpakkuvat ühiskondlikku elu, kaasatust, hea kvaliteediga ja kättesaadavaid tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid, ning vajalikku tuge hooldajatele. Elanikkonna üha kiirenev vananemine põhjustab tõsiseid tagajärgi tööjõule, tervishoiusüsteemile, kutseliste ja pereliikmetest hooldajate võimekusele ning ühiskonnale tervikuna. Vananeva elanikkonna vaimse tervise ja heaolu kindlustamiseks on vaja rohkem ja paremaid strateegiaid. Negatiivsed stereotüübid ja halvustavad hoiakud vananemise ning vanemaealiste suhtes peavad kaduma. Vaimse tervise edendamise keskmeks on haavatavuse ja vastupanuvõime vahelise

tasakaalu hoidmine – teatud spetsiifiliste probleemidega elanikkonna rühmadel on kõrgem vaimsete häirete tekkerisk. Eakaid naisi mõjutavad sageli spetsiifilised riskitegurid, mis muudavad nad haavatavamaks nii vaimse tervise probleemide all kannatajate kui hooldajatena. Neid toetavad tegevuskavad ning meetmed eakate naiste vaimse tervise probleemide ja isolatsiooni vältimiseks vajavad tugevdamist (17).

Sotsiaalse isolatsiooni ja üksilduse ennetamiseks tuleb sekkuda. Eakate sotsiaalse kaasatuse ja osaluse suurendamine peab olema eelisarendatud, edendamaks aktiivset vananemist ja elukvaliteedi paranemist holistisel põhimõttel, pöörates sealjuures tähelepanu:

- elukestvõle õppele, eakate haridusele ja koolitusele;
- tervise psühholoogilistele ja käitumuslikele mõjuteguritele;
- tervise sotsiaalmajanduslikele mõjuteguritele;
- kultuuriliste ja vaimsete vajaduste arvestamisele.

Teaduslike tõendite leidmiseks tuleb eakate vaimse tervise alast uurimistööd edendada, ning uuringud peaksid keskenduma teemadele, kus tõendus põhiste teadmiste baas on kõige nõrgem. Eakate hea vaimse tervise ja toimetuleku tagamisel on väga oluline ravimite sobiva ja asjakohase kasutamise kindlustamine (17).

Kokkuvõte

Kokkuvõtvalt võib öelda, et tervena vananemise edendamine kõigis aspektides on oluline ülesanne kõikidele ühiskondadele. Eakate vaimsete häirete õigeaegsel äratundmisel, diagnoosimisel ja ravil on tähtis osa kannatuste ja toimetulematuse ennetamisel. Vaimsete häiretega eakate hooldus nõuab delikaatsust, jälgimis- ja suhtlemisostust, et aidata eakal inimesel saavutada kõrgeimat võimalikku toimetuleku ja heaolu taset, ning seda säilitada. Eakate eest hoolitsevaid inimesi tuleb nende ülesannetes alati ja kõikjal kaitsta ja toetada. Kõik need tegevused koos annavad tulemuseks eakate parema vaimse tervise.

Viited

1. Maailma Terviseorganisatsioon (1948): Maailma Terviseorganisatsiooni konstitutsioon, preambula, vastuvõetud New Yorgis 19-22. juunil 1946 toimunud Maailma Tervisekonverentsil; allkirjastatud 61 riigi esindajate poolt 22.07.1946 (Maailma Terviseorganisatsiooni ametlikud dokumendid, Kd. nr. 2, lk. 100) ning jõustunud 7.04. 1948. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, 26.05.2013
2. ÜRO (2009): „World Population Ageing 2009.“ ÜRO, New York.
3. Maailma Terviseorganisatsioon & Rahvusvaheline Alzheimeri tõve liit (2012): „Dementia: a health public priority.“ MTO, Genf.
4. Ameerika Geriaatriline Psühhiaatria Ühing. „Geriatrics and mental health—the facts.“ http://www.aagponline.org/prof/facts_mh.asp, 26.05. 2013.
5. USA Tervishoiuameti üldkirurgia osakond (1999). „Mental Health. A report of the Surgeon General.“ NIMH, Washington. <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/ResourceMetadata/NNBBHS>, 26.05.2013.
6. Graham N, Lindesay J, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JRM, de Mendonça Lima CA, Gaillard M, Nargeot MCG, Gray J, Jacobsson L, Kingma M, Kühne N, O’Loughlin A, Saracenon B, Taintor Z, Wancata J. „Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensus statement.“ International Journal of Geriatric Psychiatry 2003; 18: lk.670-678.
7. de Mendonça Lima CA, Caldas de Almeida JM, Illiffe S, Rasmussen J. „Dementia in primary care mental health.“ Artikkel Ivbijaro G koost.kogumikust „Companion to Primary Care Mental Health.“ Radcliffe Publishing, London, 2012. lk. 571;607.
8. Geriaatriline Vaimse Tervise Sihtasutus (Geriatric Mental Health Foundation). „Depression in late life: not a natural part of ageing.“ http://www.gmhfonline.org/gmhf/consumer/factsheets/depression_latelife.html, 26.05.2013.
9. Baldwin, R. C., Chiu, E., Katona, C., jt (2002). „Guidelines on Depression in Older People: Practising the Evidence.“ London: Martin Dunitz.
10. Blazer DG (2003). „Depression in late life: review and commentary.“ J Gerontol A Biol Sci Med Sci. Märts; 58(3): lk. 249-265.
11. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds III CF, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, Brown GK, McAvay GJ, Pearson JL, Alexopoulos GS (2004). „Reducing Suicidal Ideation and Depressive Symptoms in Depressed Older Primary Care Patients: A Randomized Controlled Trial.“ J Am Med Assoc 291:lk.1081-1091.
12. Maailma terviseorganisatsioon. „Suicide Prevention (SUPRE).“ http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html, 26.05.2013.
13. Geriaatriline Vaimse Tervise Sihtasutus. „Overcoming Worry and Fear.“ <http://www.gmhfonline.org/gmhf/consumer/factsheets/anxietyoldradult.html>, 26.05.2013
14. Vasiliadis HM, Dionne PA, Préville M, Gentil L, Berbiche D, Latimer E (2013). „The excess healthcare costs associated with depression and anxiety in elderly living in the community.“ Am J Geriatr Psychiatry Juuni;21(6):lk.536-548.
15. Kyomen HH, Whitfield TH (2009). „Psychosis in the Elderly.“ Am J Psychiatry 166: 2: lk.146-150.
16. Girard C, Simard M (2012). „Elderly patients with very late-onset schizophrenia-like psychosis and early-onset schizophrenia: cross-sectional and retrospective clinical findings.“ Open Journal of Psychiatry 2: lk.305-316.
17. EL (2010). „Mental Health and Well-Being in Older People – Making it Happen.“ Temaatilise konverentsi lõppotsused. Luxembourg, EL.

EAKAD JA DEMENTSUS

Phillip Hamid

Columbia õpetajate kolledži Arengupsühholoogia programm; Columbia ülikooli

Ülemaailmne vaimse tervise programm, New York, USA

ph2345@tc.columbia.edu

Mis on dementsus?

Kui me vananeme, on üsna tavaline, et kipume asju unustama. Eakad võivad kurta, et unustasid äsjanähtud filmi või kõrvaltänava nime, kuigi need on nähtud ja tuttavad. Nad võivad sattuda segadusse, kui neil tuleb meenutada kompleksseid kogemusi või enda haiguslugu. Kui sellised juhuslikud mälutõrked ei sega igapäevaelu ega isiklike suhteid, tuleb neid pidada vananemise loomulikuks osaks. Kuid mõtlemis- ja mäluhäired, mis segavad igapäevaseid tegevusi ja suhtlemist, võivad viidata kliinilisele sündroomile, mida tuntakse dementsusena. On väga oluline eristada normaalseid, vanamisega kaasnevaid mälutõrkeid palju tõsisematest, dementsusest põhjustatud mäluhäiretest.

Dementsus on eakate hooldusasutustesse paigutamise, toimetulematuse ja lühenenud eluea peamine põhjustaja (Qiu, De Ronchi, & Fratiglioni, 2007). Dementsuse all mõistetakse mittespetsiifilist neuro-degeneratiivset sündroomi, millega kaasneb kahe või enama kognitiivse funktsiooni süvenev halvenemine. Sellist funktsioonide alanemist ei loeta vananemise normatiivsete tegurite hulka. Süvenevalt halvenevateks funktsioonideks on tüüpiliselt mälu, kõne, emotsioonide kontrollimine, probleemide lahendamisevõime ja otsustamisvõime (Qiu, Kivipelto, Von Strauss, 2009; Toseland ja Parker, 2006).

Dementsusega seonduvad riskitegurid

Kui kõrge iga ja geneetiline eelsoodumus on dementsuse riskiteguritena hästi teada, siis dementsusriski võivad suurendada ka mitmed teised haigusseisundid (Kaplan & Berkman, 2011). Ligikaudu 60 – 80% dementsusjuhtudest omistatakse neuro-degeneratiivsele haigusele, mida

tuntakse Alzheimeri tõvena (Cereda jt., 2013). Dementsust põhjustavad ka mitmed teised neuro-degeneratiivsed haigused, näiteks Parkinsoni ja Huntingtoni tõbi. Neil juhtudel on tegemist aju neuronite funktsioonide degradeerumise või struktuuri atrofeerumisega. On veel mitmeid teisi haigusi ja häireid, mis kahjustavad otseselt ajukude, ning põhjustavad sellega dementsust. Vaskulaarsed haigusseisundid, nagu insult ja kroonilised vaskulaarsed tegurid, nagu kõrge vererõhk ja kõrge kolesteroolitase mõjutavad samuti dementsuse väljakujunemist ja süvenemist (Qiu jt., 2007; DeCarli, 2004). Lisaks eelpoolnimetatule võivad dementsust põhjustada nakkushaigused, nagu süüfilis, HIV või Lyme'i tõbi; bakteriaalsed nakkused, nagu tuberkuloos ja meningiit; demüeliniseerivad haigused, nagu hulgiskleroos; traumaatilised ajuvigastused; kasvajakasvaja ja uimastite kasutamine (Emre, 2008). Dementsuse väljakujunemise riski suurendavad ka psühhosotsiaalsed tegurid – puudulikud sotsiaalsed sidemed ja soovimatus neid luua, ning vähene füüsiline aktiivsus (Qiu jt., 2007).

Dementsuse diagnoosimine

Dementsus on mittespetsiifiline sündroom, mis on seotud kognitiivsete võimete kahjustumisega, ning dementsuse diagnoosi on võimalik panna ainult pärast teiste tegurite välistamist. Dementsuse diagnoosimiseks peab olema tegemist kognitiivse funktsioneerimise defitsiidiga kahes või enamal valdkonnal, mis on tõsisemad kui mõõdukas kognitiivse võimekuse alanemine (MCI) (Emre, 2008). Teisisõnu, kognitiivse funktsioneerimise defitsiit peab häirima igapäevaelu tavategevusi. /---/ Välistada tuleb ka teiste igapäevaeluga toimetulekut takistavate psüühikahäirete, näiteks obsessiiv-kompulsiivse häire või depressiooni olemasolu.

Kui teile tundub, et teie lähedane ilmutab dementsuse sümptome

On oluline meeles pidada, et paljude eakate arvates on mälu halvenemine ja märgatavad funktsioonihäired normaalne vananemise osa. Nii võib juhtuda, et paljud eakad ei räägi oma probleemidest ning kannatavad asjata diagnoosimata haiguse ja saamata jäänud abi tõttu.

Kui teile tundub, et teie pereliige ilmutab dementsuse tundemärke, pange aeg arsti juurde kinni. Alzheimeri tõve liit (2013) selgitab, et dementsuse varajane tuvastamine aitab teil:

- Võtta saadaolevast ravist maksimumi.
- Saada rohkem aega enda ja oma pere tuleviku kavandamiseks.
- Leida aegsasti tuge ja hooldusteenuseid, et nii dementsümptomitega vanuri kui teiste pereliikmete elukvaliteet oleks nii hea kui selles olukorras võimalik.

Viited

- Rahvusvaheline Alzheimeri tõve liit. (2013). „10 early signs and symptoms of Alzheimer’s.“ Kogumikust „10 Signs of Alzheimer’s.“ https://www.alz.org/alzheimers_disease_10_signs_of_alzheimers.asp, 10.04.2013
- Cereda, E., Pedrolli, C., Zagami, A., Vanotti, A., Piffer, S., Faliva, M., Caccialanza, R. (2013). „Alzheimer’s disease and mortality in traditional long-term care facilities.“ *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(2013), lk. 437-441.
- DeCarli, C. (2004). „Vascular factors in dementia: An overview.“ *Journal of Neurological Sciences*, 226(1-2), lk. 19-23.
- Emre, M. (2008). „Classification and diagnosis of dementia: A mechanism-based approach.“ *European Journal of Neurology*, 16, lk.168-173.
- John A. Hartfordi Sihtasutus. (2011). „Mental health and the older adult.“ <http://www.jhartfound.org/ar2011/index.html>, 10.04.2013 (John A. Hartfordi Sihtasutus, 2011).
- Kaplan, D. B., Berkman, B. (2011). „Dementia Care: A global concern and social work challenge.“ *International Social Work*, 54(3), lk.361-373.
- Qiu, C., De Ronchi, D., Fratiglioni, L. (2007). „The epidemiology of the dementias: An update. *Current Opinion in Psychiatry*,” 20, lk. 380-385.
- Qiu, C., Kivipelto, M., Von Strauss, E. (2009). „Epidemiology of Alzheimer’s disease: Occurrence, determinants, and strategies toward intervention.“ *Vestlused ajakirjas Clinical Neuroscience*, 11(2), lk. 111-128.
- Toseland, R.W., Parker, M. (2006). „Older adults suffering from significant dementia.“ Kogumikust: B. Berkman (Toim.), „Handbook of Social Work in Health and Ageing,“ lk. 117–128. New York, NY: Oxford University Press.

VAIMSE HEAOLU TEEJUHT: VANEMAEALISTE DEPRESSIOON

Depressioonist taastumise tööriista kasutusjuhend

Geriaatrilisel Vaimse Tervise Sihtasutusel on rõõm esitleda internetipõhist depressioonist taastumiseööriista „Vaimse heaolu teejuht vanemaealistele: Depressiooni äratundmine ja sellest ülesaamine.“ Tööriista eesmärgiks on aidata vaimse tervise teenuse tarbijaid koostöös teenusepakkujatega eakate depressiooni äratundmisel ja ravimisel. Sõnum on lihtne: eakate depressioon on ravitav ja paranemine on võimalik. Esimeseks väljakutseks depressiooni ravimisel on haiguse äratundmine ja abi otsimine. Te ei ole üksi. Paljud inimesed kogevad mõnel eluhetkel depressiivset meeleolu. Kui need kogemused muutuvad ränkadeks või kestavad pikemat aega, võib teil olla depressioon. On inimesi, kes ei jaga oma tundeid ja kogemusi kellegagi, sest kardavad, et neid ei mõisteta, ei võeta tõsiselt, või hakatakse neid süüdistama.

Kuid esimeseks sammuks paranemise teel on rääkida kellelegi oma tunnetest. See inimene võib olla vana sõber, pereliige või vaimulik. Nemad võivad aidata teil leida abi, mida parema enesetunde saavutamiseks vajate. Otsige abi enne, kui asi hullemaks läheb.

Kui olete tervise teenuse tarbija (patsient või pereliige), soovitame teil seda materjali tervise teenuse pakkujale näidata, et saaksite sümptomite üle arutleda ning saada parimat ravi. Kui olete tervise teenuse pakkuja, julgustame teid neid materjale oma patsientide eneseabipüüdlustes kasutama. Patsiendile või pereliikmele võib diagnoosi saamise järel soovitada taastumisjuhendit tervikuna või kindlaid peatükke sellest, kui patsiendil või tema pereliikmetel ravi käigus haiguse kohta täiendavaid küsimusi tekib.

Taastumistöööriist sisaldab allpoolloetletud faktitihedaid peatükke, ning allikmaterjale, mis aitavad teil ennast aidata.

- Mis on eakate depressioon—faktid
- Kas ma olen depressioonis?
- Hea meditsiiniabi saamiseks rääkige oma arstiga depressioonist

- Eakate depressiooni ravivõimalused
- Enda eest hoolitsemine: tervislikud elustiilid
- Enda depressioonisümptomite jälgimine
- Hoolitsus—sõprade ja pereliikmete roll
- Vaimse tervise teenuste eest tasumine ravikindlustuse kaudu (puudutab ainult USA kodanikke, tlk.)
- Infollikad

„Tööriistakasti“ leiate tervikuna veebiaadressilt:

http://www.gmhfonline.org/gmhf/consumer/depression_toolkit.html

© Geriatric Mental Health Foundation 2004

7910 Woodmont Avenue, Suite 1050

Bethesda, Maryland 20814

301.654.7850

info@GMHOnline.org

www.GMHOnline.org

Ekspertabi osutasid Lissy F. Jarvik, M.D., California Los Angelese ülikooli Meditsiinikooli psühhiaatria ja biobiheivioristlike teaduste emeritprofessor; Susan Lieff, M.D., M.Ed., Toronto ülikooli psühhiaatria õppetooli abiprofessor, ning Stephen J. Bartels, M.D., M.S., Dartmouthi Meditsiinikooli psühhiaatria õppetooli assotsieerunud professor.

SOTSIAALSE SEKKUMISE JA REHABILITATSIOONI ROLL VANURIHOOLDUSES

Nadia Crellin, sotsiaalteadlane

Martin Orrell, Londoni ülikooli kolledži ajuuringute õppetooli vananemise ja vaimse tervise teaduste üksuse professor, Suurbritannia Uuringute- ja teadustöö amet, North East Londoni sihtasutus, UK

n.crellin@ucl.ac.uk

Sissejuhatus

Maailmas on käivitunud „eduka vananemise“ liikumine ning hoolekandemudelid, mille eesmärgiks on eakate tervise parandamine ning nende heaolu, funktsionaalse võimekuse ja sotsiaalse kaasatuse suurendamine. Psühhosotsiaalse sekkumisega on võimalik parandada dementsuse, depressiooni ja raukusnõtruse all kannatavate eakate heaolu ja toimetulekut ning edendada sotsiaalset rehabilitatsiooni. Riiklikel uuringukeskustel tuleb jätkata meetodikate arendamise ja psühhosotsiaalsete sekkumiste juurutamise ja tõhustamisega. Võtmeküsimuseks on jätkusuutliku ja kuluefektiivse taristu loomine, mis on võimeline tagama eakatele parema tervise ja elukvaliteedi.

Vananemise mõju

Maailma rahvastik vananeb. 2050. aastaks oodatakse üle 65-aastaste inimeste arvu kasvamist 1,5 miljardini (MTO, 2011). Kiiresti tõuseb ka 85-aastaste ja vanemate, ning ühes sellega raukusnõtruse all kannatavate inimeste arv. Üheks rahvastiku vananemise tagajärjeks on dementsete vanurite arvu kasv. Hinnanguliselt kasvab dementsete inimeste arv 2050. aastaks 115 miljonini (Rahvusvaheline Alzheimeri tõve liit, 2010).

Aastaid on vananemist seostatud kognitiivse, funktsionaalse ja sotsiaalse võimekuse alanemisega. Kaotustena on kirjeldatud kognitiivse ja funktsionaalse võimekuse vähenemist ning liikumiskäitumise, mida on sageli seostatud üksilduse, sõltuvuse ja sotsiaalse isoleeritusega. Viimastel aastatel on siiski suhtumises vananemisse märgata positiivseid muutusi.

Termin „aktiivne vananemine“ osutab vananemisele kui positiivsele protsessile (MTO, 2002). Baltes ja Baltes (1990) esitasid „eduka vananemise“ mudeli, mis hõlmab kohanemist, valikute tegemist, optimeerimist ja kompenseerimist. Nygren jt. (2005) leidsid, et eakatel on olemas sellised seesmised jõud, nagu meelerahu, ühtsustaju, elu eesmärgistatus ja endasse süüvimise oskus, mis aitavad kaasa hea tervise säilimisele.

Ideaalis töötavad tervishoid ja sotsiaalhoolekanne selles suunas, et tagada inimestele pikem eluiga ja pikem tervena elatud periood, heaolu ja iseseisev toimetulek. /---/ Uus lähenemisviis vananemisele rõhutab psühhosotsiaalse sekkumise ja sotsiaalse rehabilitatsiooni potentsiaali eakate toimetuleku ja heaolu suurendamisel.

Psühhosotsiaalse sekkumise tähtsus

Sotsiaalne kaasatus on tervena vananemise oluline osa, mis hõlmab sotsiaalseid kontakte ja hõivatust eesmärgistatud tegevustega. Sotsiaalselt aktiivsetel eakatel on kõrgem elukvaliteet, heaolu tase ja parem tervis, ning neil on väiksem tõenäosus depressiooni tekkeks või üksilduseks (Perrin ja May, 2001). Psühhosotsiaalsed sekkumised, nagu kognitiivne, biheivioristlik ja toetav sekkumine aitavad kaasa aktiivsele vananemisele ja eakate rehabilitatsioonile. Eakate sotsiaalse kaasatuse tähtsust vaadeldakse kolme peamise terviseprobleemi – dementsuse, depressiooni ja põduruse, ehk raukusnõtruse –kontekstis, nii koduses kui hooldeasutuste keskkonnas.

Dementsus

Kitwood ja Bredin (1992) panid aluse psühhosotsiaalsele lähenemisviisile dementsete hoolduses, kinnitades, et hoolimata haigusseisundi vältimatule süvenemisele, on isiklik areng ja heaolu võimalikud. Dementsete hoolduse biopsühhosotsiaalses mudelis (Spector, Orrell, 2010) toodi Kitwoodi tööst esile „puuete laienemise“ probleem, millega on tegemist, kui inimese kognitiivset, funktsionaalset või sotsiaalset võimekust piiravad mitmed segavad lisategurid. Mudel kirjeldab, kuidas puuete laienemist saab neid tegureid tuvastades ja ohjates vähendada, jõudes kohanemise ja toimetuleku paranemiseni. /---/ Psühhosotsiaalsed sekkumised annavad dementsete hooldusse kuluefektiivse panuse – mõned neist on osutunud võrdväärselt tõhusaks farmakoloogiliste lähenemistega (Olazaran jt., 2010).

Psühhosotsiaalsed sekkumised on efektiivsed dementsete eakate kognitiivse võimekuse, meeleolu, käitumise ja elukvaliteedi parandamisel, ning aitavad hooldeasutusse paigutamise vajadust edasi lükata (Olazaran jt., 2010). Hollandis rakendatud koduse tegevusteraapia programmis kasutati sotsiaalset sekkumist patsiendi, hooldaja ja tegevusterapeudi koostööna, et arendada iseseisvat toimetulekut ja pakkuda dementsetele eakatele sisukat tegevust. See osutus kuluefektiivseks meetodiks, ning parandas dementsete tegutsemisvõimet, meeleolu ja elukvaliteeti (Graff jt., 2006). Kogukondades ja hooldekodudes on laialdaselt kasutatud mälestuste jagamise üritusi, millesse kaasatakse kogemusnõustajaid ja pereliikmeid (Woods jt., 2006). Nende populaarsuse põhjuseks on nauditav tegevus, mis soodustab suhtlemist ja heaolu. Laialdaselt kasutatakse ka kognitiivse stimulatsiooni rühmateraapiat, mis on dementsete eakate kognitiivse võimekuse ja elukvaliteedi tõstmisel edukaks ja kuluefektiivseks osutunud (Spector jt., 2003).

Paljud dementsed vanurid elavad hooldekodudes. Tegevusteks, mida dementsed eakad ise kõrgelt hindavad, on mälestuste jagamine, perekondlikud ja sotsiaalsed ettevõtmised ning muusikalised tegevused (Harmer, Orrell, 2008). Hooldekodudes on positiivseid tulemusi andnud käitumise juhtimistehnikad, kognitiivne stimulatsioon ja füüsiline aktiivsus (Vernooij-Dassen jt., 2010). Kasutoovateks psühhosotsiaalseteks sekkumisteks on osutunud stimuleeritud vestlused, nauditavad seltskondlikud tegevused (nt. muusikakuulamine, tantsimine), ning sisukad ja meenutamist hõlbustavad tegevused, nagu mälestuste jagamine (Lawrence jt., 2012).

Depressioon

Eakate depressioon seostub kahanenud funktsionaalse võimekuse, kõrvalabist sõltumise, sotsiaalse isoleerituse ja üksildusega (Forsman jt., 2012). Eakate depressiooni ravimisel on tõhusaks osutunud kognitiiv-käitumuslik teraapia ja farmakoloogiline lähenemine, kuigi ravimite kasutamist limiteerivad ravimite võtmise unustamine ja kõrvaltoimed. Arvestades järjest kasvavat tõendite hulka, et sotsiaalne kaasatus võib eakate vaimset tervist parandada, pakuvad psühhosotsiaalsed sekkumised atraktiivseid võimalusi ka depressiivsete eakate aitamiseks. Psühhosotsiaalsed sekkumised, mis on suunatud sotsiaalsete kontaktide (Forsman jt., 2012) sotsiaalsete suhete (Kraaij, de Wilde, 2001) edendamiseks, aitavad ennetada eakate depressiooni.

Nii kogukonnas kui hooldekodudes elavate depressiivsete eakate jaoks on väga oluline füüsiline aktiivsus, mis parandab nii üldist tervises seisundit kui kaitseb depressiooni eest. Singh jt. (2001) leidsid, et võimlemine

on eakate depressiivsuse vähendamisel tõhus ja turvaline vahend, mis soodustab vananemise suhtes positiivsema hoiaku kujunemist. Ka mälestuste jagamise teraapia on kogukonnas ja hooldekodudes elavate eakate depressiooni ravimisel tuntud ja tunnustatud viis (Pinquart jt., 2007). /---/ Depressioon on hooldekodudes elavate eakate juures sage, ning seda võib seostada rahuldamata psühhosotsiaalsete vajadustega. Kasutoovateks sotsiaalseteks tegevusteks on osutunud uute sotsiaalsete rollide pakkumine, mis aitab rahuldada tunnustusvajadust, kuuluvustunnet pakkuvad loovad tegevused (nt. laulmine, aiatööd), ning perekondlikus stiilis lõunasöögid, mis soodustavad suhtlemist ja iseseisvust (Forsman jt, 2012).

Põdurus

Paljud nii hooldekodudes kui kodudes elavad eakad on füüsiliselt nõrgad (raugastunud), ning kogevad toimetulekuraskusi, mis põhjustavad negatiivseid vaimseid, füüsilisi ja sotsiaalseid tagajärgi. Raukusnõtrus seostub vähenenud sotsiaalse kaasatuse, üksilduse ja halvenenud elukvaliteediga.

Kogukonnas elavate eakate seas on väga sage kukkumishirm, mida seostatakse sotsiaalse isoleerituse ja vähenenud sotsiaalse kaasatusega (Tennstedt jt. 1998). Leiti, et kogukonnakeskne rühmatöö, mis hõlmas rollimänge, võimlemistreeringuid ja ühised probleemide arutamisi, vähendas kukkumishirmu ning suurendas eakate sotsiaalset aktiivsust ja hõivatust eesmärgistatud tegevustega.

Üha enam hinnatakse eakate sotsiaalse isoleerituse ja üksilduse vähendamisel tehnoloogilisi hüvesid. Kogukonnas või hooldekodudes elavad eakad, kellele õpetati Interneti kasutamist, kogesid heaolu ja toimetuleku kasvu (Straka, Clark, 2000). Hooldekodudes elavate füüsiliselt nõrkade eakate puhul on väga oluline pereliikmete osalus ja tugi (Maas jt., 2004). Taiwanis kasutati hooldekodudes elavate eakate puhul nende pereliikmetega suhtlemiseks videokonverentse, ning see vähendas nende üksildust ja depressiivsust (Tsai jt., 2010).

Psühhosotsiaalsete sekkumiste tulevik vanurihoolduses

Et vananemine kulgeks väärilt ja heaolu kahjustamata, on oluline uurida ja kindlaks teha, millised psühhosotsiaalsed sekkumisviisid on kõige tõhusamad

ja kuluefektiivsemad. See hõlmab erinevate sekkumisviiside tulemuslikkuse võrdlemist ja meetodite arendamist, nende kasutuselevõtu hõlbustamist ja efektiivsuse suurendamist. Oluline ei ole mitte ainult olemasolevate psühhosotsiaalsete sekkumisviiside edasiarendamine, vaid ka tehnoloogiliste edusammude ärakasutamine uute sekkumisvõimaluste leidmisel.

Tänaseks on sotsiaalvõrgustikud (nt. Twitter, Facebook and Skype) ja e-post rutiinsed meetodid, mis võimaldavad inimestega suhelda kodunt väljumata. Nende võimaluste rakendamine soodustab eakate suhtevõrgustike ja kontaktide säilimist ja laienemist. Uute tehnoloogiate kasutamine psühhosotsiaalsetes sekkumistes on paljutöötav võimalus. Eakatele mõeldud Interneti koolitusprogrammid aitavad suurendada suhtlemisvõimalusi ja iseseisvat toimetulekut (Shapira jt., 2007), parandada elukvaliteeti ning vähendada sotsiaalset isoleeritust ja depressiooni (White jt., 2002). On tähtis, et tulevikus vabaneksid psühhosotsiaalsed sekkumised minevikku kuuluvatest vananemist puudutavatest eelarvamustest ning kasutaksid eakate hooldamisel kõiki tehnoloogilisi võimalusi.

Kokkuvõte

Maailmas on käivutunud „eduka“ vananemise liikumine ning eakate hooldusmudel, mis keskendub tervise, heaolu ja sotsiaalse kaasatuse suurendamisele. Nagu dementsete eakate hoolduseski, on toimunud nihe psühhosotsiaalsema mudeli poole, mis rõhutab kohanemise ja positiivsete muutuste võimalikkust. Psühhosotsiaalsed sekkumised on selle aktiivset vananemist toetava hooldusmudeli lahutamatuks osaks, olles hindamatuks abivahendiks eakate heaolu ja väarikuse säilitamisel. On äärmiselt oluline, et riiklikud uuringukeskused jätkaksid psühhosotsiaalsete sekkumisviiside arendamist, et luua taristu, mis on suuteline panustama eakate paremasse tervisesse ja heaollu.

- Rahvusvaheline Alzheimeri Tõve Liit. (2010). „World Alzheimer Report 2010: The Global economic impact of dementia.“ <http://www.alz.co.uk/research/statistics>.
- Baltes, P. B., Baltes, M. M. (1990). „Psychological perspectives on successful ageing: The model of selective optimization with compensation.“ Baltes, P. B., Baltes, M. M. (Toim.) kogumikus: „Successful Ageing: Perspectives from the Behavioural Sciences“ (lk. 1-34). Cambridge University Press: New York.
- Forsman, A. K., Schierenbeck, I., Wahlbeck, K. (2012). „Psychosocial Interventions for the Prevention of Depression in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis.“ *Journal of Ageing and Health*, 23(3), lk. 387–416.
- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. L., Olde Rikkert, M. G. M. (2006). „Community based occupational therapy for patients with dementia and their caregivers: randomised controlled trial.“ *British Medical Journal*, 333(7580), lk. 1196-1201.
- Harmer, B. J., Orrell, M. (2008). „What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers.“ *Ageing and Mental Health*, 12(5), lk. 548-558.
- Karimi, H., Dolatshahee, B., Momeni, K., Khodabakhshi, A., Rezaei, M., Kamrani, A. A. (2010). „Effectiveness of integrative and instrumental reminiscence therapies on depression symptoms reduction in institutionalized older adults: An empirical study.“ *Ageing and Mental Health*, 14(7), lk. 881-887.
- Kitwood, T., Bredin, K. (1992). „Towards a theory of dementia care: Personhood and wellbeing.“ *Ageing and Society*, 12, lk. 269-287.
- Kraaij, V., de Wilde, E. J. (2001). „Negative life events and depressive symptoms in the elderly: A life span perspective.“ *Ageing and Mental Health*, 5, lk. 84-91.
- Lawrence, V., Fossey, J., Ballard, C., Moniz-Cook, E., Murray, J. (2012). „Improving quality of life for people with dementia in care homes: Making psychosocial interventions work.“ *British Journal of Psychiatry*, 201, lk. 344-351.
- Maas, M. L., Rees, D., Park, M., Specht, J. P., Schutte, D., Kelly, L. S., & Buckwalte, K. C. (2004). „Outcomes of family involvement in care intervention for caregivers of individuals with dementia.“ *Nursing Research*, 53, lk. 76–86.
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). „Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old.“ *Ageing and Mental Health*. 9(4), lk. 354-362.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., Woods, R., jt. (2010). „Nonpharmacological therapies in Alzheimer’s Disease: A systematic review of efficacy.“ *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, lk. 161-178.
- Perrin, T., May, H. (2000) „Wellbeing in dementia: An occupational approach for therapists and carers.“ Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Pinquart, M., Duberstein, P. R., Lyness, J. M. (2007). „Effects of psychotherapy and other behavioural interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis.“ *Ageing and Mental Health*, 11(6), lk. 645–657.
- Shapira, N., Barak, A., Gal, I. (2007). „Promoting older adults’ well-being through Internet training and use.“ *Ageing & Mental Health*, 11(5), lk. 477-484
- Singh, N. A., Clements, K. M., Fiatarone Singh, M. A. (2001). „The efficacy of exercise as a long-term antidepressant in elderly subjects: A randomized controlled trial.“ *Journals of gerontology*, 56, M497-M504.
- Spector, A., Orrell, M. (2010). „Using a biopsychosocial model of dementia as a tool to guide clinical practice.“ *International Psychogeriatrics*, 22(6), lk. 957-965.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., jt. (2003). „Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial.“ *British Journal of Psychiatry*, 183, lk. 248-254.
- Straka, S. M., Clark, F. (2000). „Connections: Internet access for frail older seniors to improve their psychological well-being.“ McGill Vananemisuuringute Keskus, Montreal: Quebec. http://www.ageing.mcgill.ca/pdf/conn_proj_e.pdf.

- Tennstedt, S., Howland, J., Lachman, M., Peterson, E., Kasten, L., Jette, A. (1998). „A Randomized, Controlled Trial of a Group Intervention To Reduce Fear of Falling and Associated Activity Restriction in Older Adults.“ *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53B(6), lk. 384-392.
- Tsai, H-H., Tsai, Y-F., Wang, H-H., Chang, Y-C., Chu, H. (2010). „Videoconference programme enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents.“ *Ageing and Mental Health*, 14(8), lk. 947-954.
- Vernooij-Dassen, M., Vasse, E., Zuidema, S., Cohen-Mansfield, J., Moyle, W. (2010). „Psychosocial interventions for dementia patients in long-term care.“ *International Psychogeriatrics*, 22, lk. 1121-1128.
- Watt, L. M., Cappeliez, P. (2000). „Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: Intervention strategies and treatment effectiveness.“ *Ageing and Mental Health*, 4(2), lk. 166-177.
- White, H., McConnell, E., Clipp, E., Branch, L. G., Sloane, R., Pieper, C., Box, T. L. (2002). „A randomized controlled trial of the psychosocial impact of providing Internet training and access to older adults.“ *Ageing and Mental Health*, 6, lk. 213-221.
- Woods, R. T., Clare, L. (2008). „Psychological interventions for people with dementia,“ R.T. Woods and L. Clare (Toim.) käsiraamatus „Handbook of the Clinical Psychology of Ageing.“ Chichester: Wiley.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., Davies, S. (2006). „Reminiscence therapy for dementia.“ *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, nr. 2.
- Maaailma terviseorganisatsioon. (2002). „Active Ageing: A Policy Framework.“ <http://www.who.int/ageing/en/>
- Maaailma terviseorganisatsioon (2011). „Global Health and Ageing.“ http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf

TOIMETULEK EAKATE KOMPLEKSSETE PROBLEEMIDE JA MULTIMORBIIDSUSEGA: AEG TEGUTSEDA

*Dr Gabriel Ivbijaro,
MBE, MBBS, FRCGP, FWAC Psych, MMedSci, DFFP, MA, Waltham Metsakogukonna
& Tervise teenuste keskuse meditsiinidirektor, Maailma Vaimse Tervise Föderatsiooni
Euroopa piirkonna asepresident
gabriel.ivbijaro@gmail.com*

Sissejuhatus

2013. aastal on ülemaailmne vaimse tervise päev pühendatud eakatele, ning seda õigustatult. Koos teaduse, tehnoloogia, sotsiaalhoolekande ja keskkonnahoiu arenguga on pikenenud inimeste eluiga, ning see trend on ülemaailmne. 2011. aastal ületas oodatav eluiga 57 riigis 75 eluaastat (1), ning prognoositakse, et 2017. aastaks ületab eakate (65-aastaste ja vanemate) arv alla 5-aastaste laste arvu. (2). Oodatava eluea tõus, kuigi tervitatav, toob kaasa mitmeid väljakutseid, mille hulgas on toimetulek eakate põdurusega, sotsiaalse isoleerituse ja üksilduse ennetamine ning toimetulek morbiidsusega. Iga päev puutuvad arstid kokku eakatega, kelle meditsiinilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed probleemid moodustavad ülejõukäiva muredpuntra (3). Perekkonnad ja hooldajad vajavad tugivõrgustikku, mis annaks neile eakate komplekssete probleemide ja mureküsimumustega tegelemisel suurema kindlustunde, ning ülemaailmne vaimse tervise päev 2013 annab meile võimaluse sellise tugivõrgustiku ülesehitamisele kaasa aidata.

Põdurus

Me teame, et põdurus on seotud kõrge vanusega, on paljude eakate seas levinud, ning tähendab kehvemat tervist, kukkumisi, suuremat haiglaravivajadust ja suuremat suremust (4–6). Tervishoiutöötajad tunnevad põduruse või raukusnõtruse ära

soovimatu kaalulanguse ja lihaste kõhetumise, nõrkuse ja vähese suutlikkuse, väsimuse, aegluse ja madala aktiivsuse järgi. (7).

Esimene märksõna:

PÕDURUS (RAUKUSNÕTRUS)

- Eakate patsientide puhul tuleb jälgida raugastumistunnuseid, ning need varakult ära tunda.
- Eakaid tuleb julgustada dünaamiliselt liikuma ja võimlema.
- Perearstid/üldarstid peaksid olema kursis eakatele pakutavate sportimisvõimalustega.

Perekonnad ja hooldajad vajavad tuge raugastumise mõistmisel ja võimalikult varajasel äratundmisel, et säilitada raugastunud vanuri iseseisvat toimetulekut nii kaua kui võimalik. Raukusnõtruse all kannatavate eakate kukkumisohtu vähendamisel, ning liikuvuse ja funktsionaalsete võimete parendamisel on osutunud efektiivseks kõrge intensiivsusega vastupidavustreeningud.(8).

Multimorbiidsus

On põhjust rõõmu tunda, et iga päevaga kasvab nende inimeste arv, kes ületavad 65.eluaasta läve (9,10); kuid paraku seondub eluea kasvuga multimorbiidsus, ning meil tuleb selle väljakutsega tõsiselt tegelda.

Multimorbiidsus tähendab, et inimesel esineb üheaegselt kaks või mitu pikaajalist haigust. Vananemise ja multimorbiidsuse vahel on tugev seos: enam kui pool eakatest kannatab multimorbiidsuse all, ning multimorbiidsus on suurem madalamates ühiskonnaklassides. Toimetulematus, madal elukvaliteet ja suuremad kulutused tervishoiule on multimorbiidsuse peamised tagajärjed (11). /---/ Näidetena vananemise ja multimorbiidsusega seonduvatest haigusseisundites võib nimetada pahaloomulisi kasvajaid, hingamisteede haigusi, luustiku- ja lihastikuprobleeme, endokriinseid haigusi, verehaigusi, neurosensorseid häireid, vaimse tervise probleeme ja südame-veresoonkonna haigusi (13).

Teine märksõna:

MULTIMORBIIDSUS

- Multimorbiidsus mõjutab enam kui pooli eakatest.
- Multimorbiidsus suureneb vanuse ja isiklike kaotuste kasvades.
- Suuremat multimorbiidsust seostatakse kehvema elukvaliteediga.
- Kõik professionaalid, pereliikmed ja hooldajad peaksid oskama multimorbiidsust ära tunda, et holistiline tervishoid ja sotsiaalhoolekanne saaksid panustada eakate elukvaliteedi parendamisse.

Kogukond, sotsiaalne kapital ja eakad

Vanadusega seostatakse sageli suurenenud sotsiaalset stressi, sotsiaalset isoleeritust, füüsilist nõrkust, mitmete krooniliste haiguste koosinemist ning vaesust. Kuid see võib olla ka aeg, kus eaka inimese elu seostub teiste aitamise ja kogukonna heaks tehtava vabatahtliku tööga, mis suurendab kogukondlikku ja sotsiaalset kapitali. Viimast võib kirjeldada kui avalikku hüve, mida pakub inimeste rühm või kogukond (14). Koos oodatava eluea kasvuga, tuleb leida võimalusi selle elanikkonna rühma sotsiaalse ja kogukondliku kapitali kasutamiseks.

Kolmas märksõna:

SOTSIAALNE JA KOGUKONDLIK KAPITAL

- Julgustades eakaid vabatahtlikus töös osalema, suurendame sotsiaalset ja kogukondlikku kapitali.
- Organisatsioonid peaksid otsima võimalusi ülemaailmsete sotsiaalse ja kogukondliku kapitali pankade arendamiseks.

Eakad saavad sotsiaalset ja kogukondlikku kapitali suurendada mitmel viisil. Sageli panustavad inimesed rahaliselt – on tõestatud, et annetuste tegemise tõenäosus kasvab koos vanusega (15). Kõikjal maailmas tegelevad vanavanemad lapselastega: toovad neid koolist koju, abistavad kodutööde tegemisel, loevad neile ette, ning jagavad nendega elu jooksul korjunud kogemusi ja elutarkust. Eakad toetavad ka oma eakaaslasi,

pakkudes neile võimalusi suhtlusvõrgustike säilitamiseks, korraldades näiteks ühiseid lõunasööke, sageli usukoguduste kaudu. Vastupidiselt üldlevinud arvamusele, et eakad on sageli sotsiaalselt isoleeritud, on Ameerika eakad osutunud aktiivseteks suhtlejateks (16).

Maailm võidav majanduslikult ka sõja järel sündinud ja praegu pensionile jääva nn.beebibuumi põlvkonna teadmistest ja jõukusest, kelle panus suurendab finantskapitali väärtust (17). Seetõttu ei tuleks eakates näha ainult ressursside kasutajaid, vaid inimrühma, kes on suuteline andma märkimisväärse panuse rahvuslikku rikkusse. On prognoositud, et beebibuumi põlvkonna vabatahtliku töö panus suureneb aja jooksul (18).

Üks ülesandeid eakate komplekssete probleemide lahendamisel on vananemisega seotud stigmatiseerivate hoiakute vastustamine ning sotsiaalse ja kogukondliku kapitali kasvu toetamine. Tervitagem küpset vanust ja selle positiivseid mõjusid, mille hulgas on kogukondliku heaolu kasv nii rahalise kui ajalise panuse mõttes, millega eakad vanavanematena nooremat põlvkonda toetavad, parandades nii lapsehoiu kui hariduse kvaliteeti. Sotsiaalse kapitali kogumisel on üheks võimaluseks nn. aja- või õnnepankade kasutamine (19), mis kujutavad endast teenete ja hüvede vahetamist süsteemis, kus „käibevaluutaks“ on kulutatud aeg. See on eakatele kogukondliku kapitali kogumisel kasulikuks abivahendiks: näiteks haiglas viibivale lapsele ettelugemise eest on võimalik teenida osalemisvõimalus mõnel vabalt valitud kultuuriüritusel vms.

Integreeritud juhtimine

Me juba teame, et järjest suurem osa maailma rahvastikust elab kõrge eani, eriti on see tendents märgatav keskmise jõukusega ja vaestes riikides. Muutumine vananevaks ühiskonnaks, mis Euroopas võttis aega enam kui sajandi, on vähem kui 25 aastaga aset leidnud sellistes riikides, nagu Brasiilia, Hiina ja Tai (2).

Vastavalt Maailma terviseorganisatsiooni ja Maailma psühhiaatrialiidu 1997. aastal tehtud ühisavaldusele (20), peab hea kvaliteediga vanurihooldus olema:

- arusaadav;
- kättesaadav;
- osavõtlik;
- isikukeskne;
- multidistsiplinaarne;
- asjaajamises korrektne;
- süstemaatiline.

Peamisteks võtmesõnadeks on ennetustöö, probleemide varajane tuvastamine, terviklikud meditsiinilised ja sotsiaalsed hinnangud, tõenduspõhine praktika, sidemed taastus- ja pikaraviga, sotsiaalne tugi, hoolekandeesutused ja majutus, eestkoste, vaimsus ja vabaajategevused koos heatasemelise spetsiifilise- ja esmatasandi hooldusega. Need põhimõtted ja märksõnad on asjakohased ka viieteistkümne aasta pärast, ning parim viis nende rakendamiseks on integreeritud lähenemise kaudu (21).

Neljas märksõna:

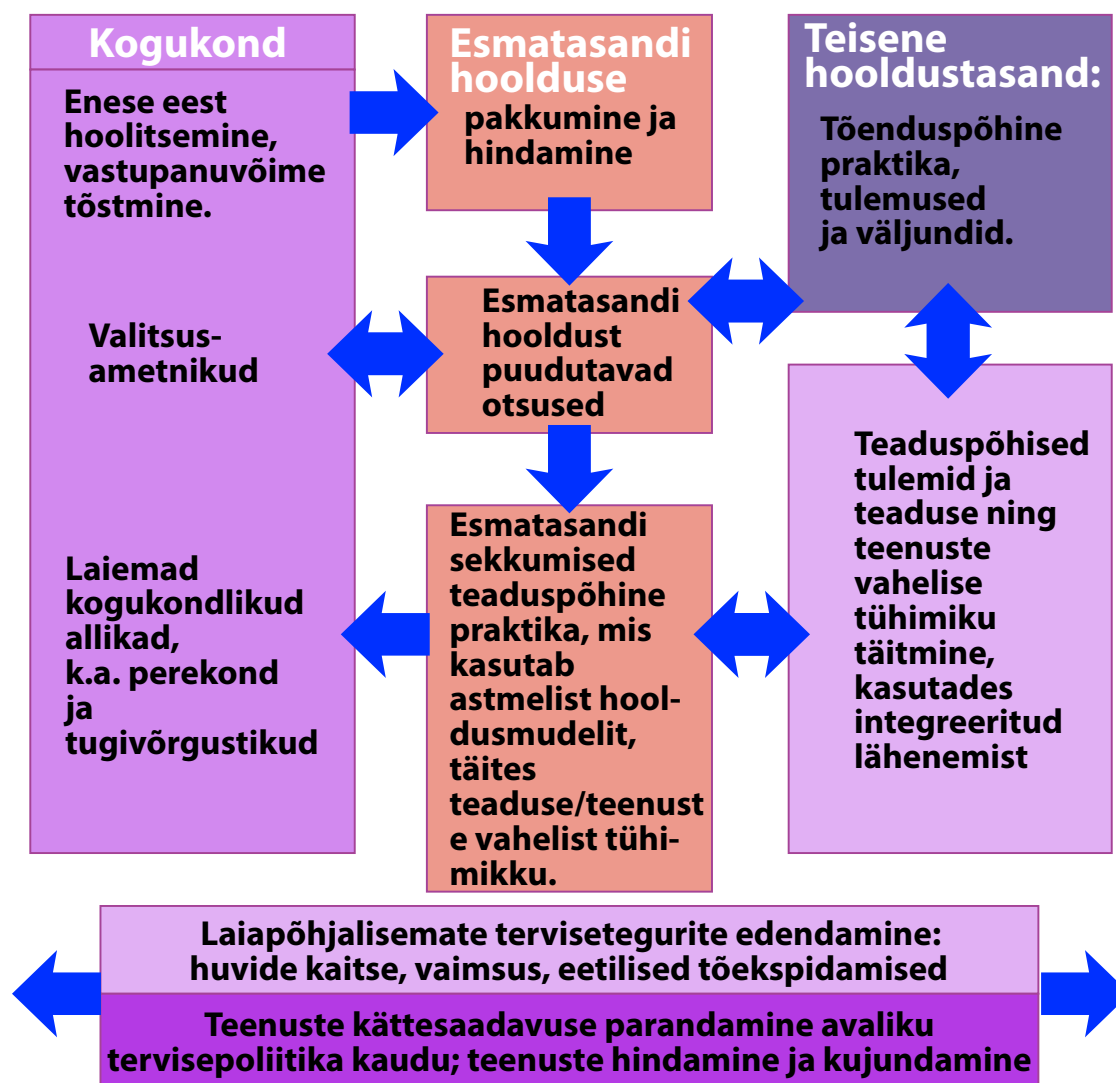
INTEGREERITUD HOOLDUS

- Eakate komplekssete probleemide ja multimorbiidsusega tuleb tegelda holistlikul põhimõttel.
- Eakate holistiline hooldus on kõige paremini saavutatav integreeritud lähenemise kaudu, mida toetavad sobivad arengukavad ja -strateegiad.
- Esmatasandi hoolduse ülesandeks on sekkumiste koordineerimine, et saavutada üksikisiku jaoks soovitud tulemusi ja tervise paranemist.

Integreeritud lähenemine (Joonis 1) aitab vältida üksildust ja sotsiaalset isolatsiooni ning pakkuda individualiseeritud tuge:

- töötades transdistsiplinaarsel (üksikisiku erinevaid probleeme terviklikult käsitledes) viisil, rakendades mitmeid tervist mõjutavaid ja parandavaid tegureid, nt. tervisesport;
- Pakkudes sotsiaalseid sekkumisviise sotsiaalse isoleerituse ja üksilduse vältimiseks
- koolitades esmatasandi hooldajaid multimorbiidsust ära tundma ja sellest tulenevate probleemide lahendamiseks terviklikult tegelema; pannes nad mõistma, et eakate puhul on multimorbiidsus tavaline;
- mõistes, et spetsialisti teenused, sealhulgas füsioteraapia või psühholoogilised teraapiad on mõningate inimeste puhul hädavajalikud, mitte liigne luksus.

HOLISTILINE VAIMSE TERVISE KÄSITLUS



Joonis 1: Integreeritud hooldus: holistilise tervishoiu elementide omavahelised suhted. Reprodutseeritud Ivbijaro G. Aimsi loal; kontseptsioon ja struktuur pärinevad raamatust: Ivbijaro G, (Toim.) „Companion to primary care mental health.“ London and New York, Wonca and Radcliffe Publishing, 2012:4 (22)

Tänu sõnad

Soovin tänada kõiki neid, kes on oma vabast tahtest panustanud aega ja teadmisi ülemaailmse vaimse tervise päeva materjalide koostamisse. Suur tänu professor Sir David Goldbergile, professor Norman Sartoriusele, professor Carlos Augusto de Mendonça Limale, professor Chris Dowrickile, Dr. Jill Bensonile, D.r Lucja Kolkiewiczile, professor George Christodouloule, Dr. Patt Franciosile ja Dr. Penny Howesile väärtusliku tagasiside eest, aitäh Maailma Vaimse Tervise Föderatsiooni korraldusmeeskonnale. Olen eriti tänulik kõikidele vabatahtlikele, kes jätkuvalt panustavad maailma paremaks muutumisele, ning on ühiskonna tunnustamata kangelased.

Viited

1. Maailma terviseorganisatsioon. „Life expectancy: life expectancy by country.“ <http://apps.who.int/gho/data/node.main.3?lang=en>, 3.05. 2013.
2. Chan M, Maailma terviseorganisatsioon. Peadirektorite sõnum ülemaailmsel tervisepäeval. Genf, MTO 2012 http://www.who.int/dg/speeches/2012/ageing_roundtable_20120404/en/, 3 .05.2013.
3. Lacas A, Rockwood K. „Frailty in primary care: a review of its conceptualisation and implications for practice.“ *BMC Medicine*, 2012, 10:4.
4. Fried L. jt., kardiovaskulaarsete terviseuuringute koostöörühmale. „Frailty in older adults: evidence for a phenotype.“ *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. 2001, 56A(3): lk.146–156.
5. Speechley M, Tinetti M. „Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons.“ *Journal of the American Geriatric Society*, 1991, 39: lk.46–52.
6. Winograd Ch. „Targeting strategies: an overview of criteria and outcomes.“ *Journal of the American Geriatric Society*, 1991, 39: lk.25–35.
7. Rockwood K. jt. „A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people.“ *The Lancet*, 1999, 353: lk.205–206.
8. Fiatarone MA jt. „Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people.“ *The New England Journal of Medicine*, 1994, 330(25): lk. 1669–1775.
9. Cohen JE. „Human population: the next half of the century.“ *Science*, 2003, 302: lk.1172–1175.
10. Kinsella K, Velkoff VA. „Global ageing: the challenge of success.“ *Population Bulletin*, 2005, 60: lk.3-42.
11. Marengoni A jt. „Ageing with multimorbidity: a systematic review of the literature.“ *Ageing Research Reviews*, 2011, 10: lk.430–439.
12. Fortin M jt. „Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review.“ *Health and Quality of Life Outcomes*, 2004, 2: lk. 51.
13. Fratiglioni L jt. „Occurrence of dementia in advanced age: the study design of the Kungsholmen Project.“ *Neuroepidemiology*, 1992, 11(1): lk.29–36.
14. Kawachi I, Berkman LF. „Social cohesion, social capital, and health.“ Artikkel Berkman LF, Kawachi I, (Toim.) kogumikust „Social epidemiology.“ New York, Oxford University Press, 2000: lk.174–190.
15. Suurbritannia vabatahtlike organisatsioonide riiklik nõukogu: „UK Giving 2009: an overview of charitable giving in the UK 2008/2009.“ West Malling ja London, Annetuste Sihtasutus ja Vabatahtlike organisatsioonide riiklik nõukogu, 2009 http://www.ncvo-vol.org.uk/sites/default/files/UploadedFiles/NCVO/Publications/Publications_Catalogue/Sector_Research/FINAL_UK_Giving_2009_FINAL.pdf, 3.05 2013.
16. Cornwell B, Laumann EO, Schumm LP. „The social connectedness of older adults: a national profile.“ *American Sociology Review*, 2008, 73(2): lk.185–203.
17. Abel AB. „The effect of a Baby Boom on stock prices and capital accumulation in the presence of social security.“ *Econometrica*, 2003, 71(2): lk. 551–578.
18. Einolf CJ. „Volunteering, retirement and the baby boom generation: an analysis of data from the 1995 and 2005 Midlife in the United States Panel

- Study.“ Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, 2009, 38 (2): lk. 181–199.
19. Suurbritannia „õnnepangandus“ (Timebanking): <http://www.timebanking.org/about/what-is-atimebank/>, 3.05.2013.
 20. Maailma terviseorganisatsioon/Maailma psühhiaatrialiit. „Organization of care in psychiatry of the elderly: a technical consensus statement.“ Genf, Maailma terviseorganisatsioon ja Maailma psühhiaatrialiit, 1997.
 21. MTO/Wonca. „Integrating mental health into primary care: a global perspective.“ Genf, Maailma terviseorganisatsioon ja Wonca, 2008.
 22. Ivbijaro G. Aims, raamatu kontseptsioon ja struktuur. Ivbijaro G, (toim.). „Companion to primary care mental health.“ London, New York, Wonca, Radcliffe Publishing, 2012: lk. 3–4.

TERVENA VANANEMINE: VAIMSE VORMI SÄILITAMINE

Geriaatriline Vaimse Tervise Sihtasutus

Tänapäeval on idee kaunilt vananemisest asendunud püüdlustega edukalt vananeda. Kui me vananeme ja ootame pikemat eluiga kui see oli eelmistel põlvkondadel, püüdleme selle poole, et meie tervis oleks vanemas eas parem. Kuidas me seda teeme? Täisväärtuslikult toitudes. Alkoholitarvitamist piirates. Füüsilist aktiivsust säilitades. Oma sõprade ja pereliikmetega suhteid hoides. Vajadusel arstiabi otsides. Need on õiged sammud tervena vananemiseks. Hea tervise juures olles võime elu nautida, ning püüelda ka vanas eas unistuste täitmise poole. Hea tervis hõlmab nii füüsilist kui vaimset heaolu, üht ei ole ilma teiseta. Nii kehale kui vaimule teevad head normaalne vererõhk, madal kolesteroolitase, täisväärtuslik toit, tervislik kehakaal ja füüsiline aktiivsus.

Tervise säilitamiseks, ning haiguste ja puuete vältimiseks on meil valida paljude tervislike elustiilide seast. On mitmeid samme, mida saame vaimse tervise säilitamiseks teha. Milliseid muutusi vaimses võimekuses võime vananedes oodata? Mis on normaalne, mis mitte?

Vananedes meie keha ja meel muutuvad. Me ei näe ega kuule enam nii hästi kui kahekümnestena. Me ei suuda hiljutisi sündmusi või üksikasju meenutada nii kiiresti kui kolmekümnestena. Alates kolmekümnnendatest eluaastatest hakkavad aju kaal ja neuronite võrgustik kahanema, ning verevarustus muutub kehvemaks. Meie aju on siiski kohanemisvõimeline ja loob uusi närvilõpmete mustreid. Kuigi teatud muutused meie vaimsetes võimetes on vananedes vältimatud, jääb paljutki samaks. Me säilitame oma intellekti. Meie suutlikkus muutuda ja paindlik olla jääb alles. Ka vanad koerad võivad uusi trikke õppida, see võib lihtsalt pisut rohkem aega võtta. Me säilitame oma võime intellektuaalselt ja emotsionaalselt areneda.

Mida saab vaimse tervise säilitamiseks teha?

Viimastel aastatel läbiviidud uuringud on näidanud, et saame oma vaimse tervise hoidmiseks väga palju ise ära teha. Suur osa sellest, mis hoiab tervena keha, hoiab tervena ka vaimu. Füüsiline aktiivsus ja tervislik toiduvalik, mis aitavad kolesteroolitaseme madalana ja vererõhu normis hoida, hoiavad tänu hapnikurikkale verele tervena ka meie aju. Lisaks aitavad aju tervena hoida mõtlemist stimuleerivad tegevused, nagu ristsõnade lahendamine, lugemine, kirjutamine ja uute asjade õppimine. Samavõrd tähtis on suhete säilitamine lähedaste ja kogukonnaga.

Järgnevalt mõned spetsiifilised soovitusel vaimse tervise hoidmiseks ja vaimsete probleemide vältimiseks:

Olge füüsiliselt aktiivne

Saadav kasu on väga mitmekülgne. Füüsiline aktiivsus aitab ennetada luude hõrenemist, säilitada tasakaalumeelt, ning hoida eemal tervisehädasid, nagu südamehaigused, insult ja mõned vähiliigid. Mõningatel juhtudel võivad füüsilised haigused käivitada vaimse häire või seda soodustada. Näiteks diabeetikutel, vähi- ja südamehaigetel esineb üsna sageli ka depressiooni.

Regulaarne füüsiline aktiivsus aitab:

- mälu parandada;
- vaimset võimekust säilitada ja tõsta;
- dementsust (intellekti alanenud funktsionaalsust), k.a. Alzheimeri tõbe ennetada;
- meeleolu tõsta, depressiooni ennetada ja ületada;
- erksamaks saada.

Liikumise mõju

Füüsiline aktiivsus, olgu selleks siis jalutamine, jooksmine, ujumine, tantsimine (meil on palju valikuid), aitab:

- vähendada pulsisagedust;
- alandada vererõhku;

- alandada veres kolesteroolitaset;
- tugevdada südant ja suurendada hapnikuvoogu aju;
- parandada reaktsioonikiirust;
- suuendada keha liikuvust, painduvust ja vastupidavust.

Kui mõtlete treeningute alustamisele, pidage esmalt nõu arstiga. Alustage pikkamööda, võtke tarvitusele vajalikud ettevaatusabinõud (näiteks kandke mugavaid vastupidavaid jalanõusid, jalutage ainult hästivalgustatud piirkondades), ning tundke asjast mõnu. Pidage meeles – selleks, et regulaarsest liikumisest kasu saada, ei pea olema sportlane.

Hoidke vererõhk normis

Tervise tunnuseks peetakse kuni 120/80 mmHg vererõhku, mis aitab vähendada dementsuse, sealhulgas Alzheimeri tõvega seonduvat insuldiriski. Kõrge vererõhk kahjustab veresooni, mis suurendab insuldi-, neerupuudulikkuse-, südamehaiguste- ja südamerabanduse ohtu. Peaaegu kahel kolmandikul üle 65-aastastest täiskasvanutest on kõrge vererõhk: 140/90 mmHg või enam. Vererõhku, mis jääb 120/80 mmHg ja 139/89 mmHg vahele, loetakse prehüpertensiooniks, mis tähendab, et kuigi vererõhk ei ole liialt kõrge, võib ta selliseks areneda tulevikus. Vererõhu alandamiseks või normi piires hoidmiseks jälgige oma kehakaalu, ärge suitsetage, liikuge regulaarselt, toituge tervislikult, ning piirake soola, alkoholi ja kofeiini tarbimist.

Hoidke kolesteroolitase madalana

Vere kõrge kolesteroolitase on nii südamehaiguste kui dementsuse riskifaktor. Mida kõrgem on teie vere kolesteroolitase, seda suurem on oht haiguste tekkeks. Kolesteroolijäägid (rasvataoline ollus) võivad sadestuda arterite seintele. See põhjustab veresoonte jäigastumist ja ahenemist, mis aeglustab verevoolu ja võib selle sootuks blokeerida. Normaalseks peetakse kolesteroolitaset alla 200 mg/dl, piirpealseks 200-239 mg/dl, ning kõrgeks 240 mg/dl ja üle selle. Kolesteroolitaset mõjutavad pärilikkus, vanus ja sugu. Vere kolesteroolisisaldus tõuseb vanusega ning naistel kipub see tõusma pärast menopausi. Tervislik toiduvalik, kehakaalu normishoidmine ja füüsiline aktiivsus aitavad kolesteroolitaset vähendada.

Sööge köögivilja ja muud kasulikku

Me kõik oleme juba lapsest saati kuulnud, et köögiviljade söömine on kasulik. Samad toiduvalik, mis aitab meil olla tugev ja terve, tagab ka aju tervisele vajalikud toitained: rikkalikult puu- ja juurvilju, täisteratooted ning väherasvased piimatooted. Katsetage ja leidke endale sobiv viis, kuidas valmistada häid toite headest asjadest, mida keha vajab. Mõnd spetsiifilised toitumissoovitused aju tervise säilitamiseks:

Folaat on B-vitamiin, mida leidub näiteks spinatis ja sparglis. Foolhape on folaadi sünteetiline vorm, mida kasutatakse toidulisandites ja vitaminiseeritud toiduainetes. Folaat on vajalik meie rakkude tervise säilimiseks, ning aitab ennetada aneemiat ja muutusi DNA-s, mis võivad viia vähktõve väljakujunemiseni. Folaat on vajalik ka normaalse homotsüsteiini (teatav aminohape) taseme säilitamiseks veres. Heade folaadi ja foolhappe allikatena võib nimetada vitamiinidega rikastatud hommikusöögihelbeid, tumedaroheliste lehtedega aedvilju, sparglit, maasikaid, ube ja veisemaksa. E- ja C-vitamiin on tähtsad antioksüdandid, mis aitavad vältida rakukahjustusi ning vähendavad vähi- ja südamehaiguste riski. Kinnitatud teaduslikke tõendeid küll pole, kuid on leitud, et E- ja C-vitamiin aitavad säilitada vaimset võimekust ning ennetada dementsust. Täiskasvanute jaoks on E-vitamiini toidust saadav soovituslik päevane kogus 15 mg. Kõrge E-vitamiini sisaldusega on pähklid, näiteks mandlid, taimeõlid, seemned, nisuidud, spinat ja teised tumeroheliste lehtedega aedviljad. C-vitamiini soovituslikuks päevakoguseks on naistel 75 milligrammi ja meestel 90 milligrammi. C-vitamiini leidub apelsinides, greipides, sparglis, rooskapsas, brokkolis, paprikas, lehtkapsas, peakapsas, lillkapsas, kaalikas, kartulites, spinatis ja naeris.

Jälgige oma ravimitarvitamist

Lugege läbi ravimite teabelehed ja järgige hoolikalt arsti juhiseid. Mitmeid ravimeid ei tohi tarbida koos alkoholi või teiste ravimitega, milleks võivad olla isegi käsimüügiravimid või ravimtaimepreparaadid. Ebaõige ravimikasutus või ohtlikud ravimikombinatsioonid võivad põhjustada teatud liiki mäluhäired ja dementsuse vorme ning teisi ajutegevuse häireid.

Jooge mõõdukalt

Kui te ei tarbi alkoholi, ärge hakakegi. Kui joote, piirduge ühe dringiga päevas, kui olete vanem kui 65 ning teil pole sõltuvusprobleemi. Üks drink on 360 ml õlut, 45 ml destilleeritud piiritusjooki, või 150 ml veini.

Loobuge suitsetamisest

Kui olete suitsetaja, ärge oodake tõsiste terviseprobleemide tekkimist, et suitsetamist maha jätta. Suitsetamine suurendab märgatavalt insuldiohtu, ning selliste haiguste ja haigusseisundite, nagu kopsuvähk ja teised vähktõve liigid, emfüseem, krooniline bronhiit, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (KOK), südameatakid ja perifeerse vereringe häired, tekkeriski. Ameerika Kopsuliit on sedastanud, et isegi kui suitsetamise jätab maha eakas, pika suitsetajastaažiga inimene, hakkab vereringe koheselt paranema ning kopsud tervenema. Aasta pärast on suitsetamisest tingitud südamehaiguste ja -atakkide tekkerisk kahanenud poole võrra, ning samuti on vähenenud kopsuhaiguste ja vähktõveoht.

Hoidke tervislikku kehakaalu

Ülekaalulistel või rasvunud inimestel on suurem oht südamehaiguste, kõrge vererõhu, diabeedi, liigesehaiguste ja mõningate vähkõtve liikide tekkeks. Ka alakaalulistel on omad riskid, muuhulgas mälu halvenemine ja immuunsüsteemi nõrgenemine. Küsige oma arstilt, kui palju te peaksite kaaluma ja kuidas soovitud kehakaaluni jõuda. Mida teie kaalunumbrid ka ei näitaks, tervislik toiduvalik ja regulaarne liikumine parandavad teie üldist terviseseisundit igal juhul.

Hoolitsege oma hammaste eest neid harjates ja hambaniiti kasutades ning regulaarselt hambaarsti külastades. Hiljutised uuringud on näidanud seoseid igemepõletike ja mitmete teiste terviseprobleemide vahel, sealhulgas Alzheimeri tõbi ja südamehaigused. Nii et hammaste eest hoolitsemine ei aita säilitada mitte ainult säravat naeratust ja võimet süüa oma lemmiktoite, vaid hoida eemal ka mitmeid haigusi.

Hoidke vaimset vormi

Nii, nagu me treenime oma keha, et seda tegutsemisvõimelisena hoida, peaksime treenima ka oma aju, et hoida seda erksa ja võimekana. Siin kehtib reegel: „Kasuta, või jääd sellest ilma.“ Kui me vananeme, aitavad aju funktsioone säilitada vaimset stimuleerivad tegevused. Me saame jätkata uute ajurakkude vaheliste sidemete ehitamist uusi asju õppides. Aju stimuleerivad tegevused aitavad eemal hoida dementsust, näiteks Alzheimeri tõbe. Seega treenige enda aju iga päev. Stimuleerige uusi ajupiirkondi ning kasvatage uusi ajurakkude vahelisi sidemeid, pakkudes endale vaimseid väljakutseid. Pange kokku puslesid, õppige mõnd uut muusikariista mängima, lugege põnevaid ja harivaid raamatuid, mängige kaarte või lauamänge, osalege loengutel või teatrietendustel või kirjutage mõni lühilugu.

Leevendage stressi

Nii, nagu stress kulutab meie keha, tõstes vererõhu ka südamehaiguste tekkeriski, mõjutab see ka meie mõtlemist, meeleolu ja meelespidamisvõimet. Hormoonid, mis stressiolukorras kehas vabanevad, kahjustavad aju, mõjutades mälu ja õppimisvõimet. Lisaks sellele võib stress põhjustada või süvendada depressiooni ja ärevust.

- Stressist jagusaamiseks selgitage esmalt välja, mis sündmused või olukorrad seda põhjustavad, ning leidke viisid, kuidas neid olukordi vältida. Näiteks kui teis tekitavad stressi tiptunni liiklusummikud, muute oma sõiduaega või -marsruuti. Kui pühadeaegne pidude planeerimine ja kinkide ostmine teid koormavad, võtke asja kergemalt ning keskenduge sellele, mida te tõesti soovite, nagu sõprade ja pereliikmetega kokkusaamine.
- Rääkige end tühjaks. Sõbra või terapeutiga rääkimine, või isegi päevikupidamine aitavad stressi leevendada ja asju teise nurga alt näha.
- Lõõgastuge. Olgu selleks jalutuskäigud, golf, tennisemäng või mediteerimine – leidke oma viis, kuidas puhata ja stressi leevendada.
- Liigutage ennast. Füüsiline aktiivsus aitab teie kehal vaimset stressi kontrolli all hoida.
- Andke endale hõlpu. Kui teil tuleb taluda stressirohkeid olukordi, võtke lühikesi puhkusi. Olgu selleks aega 20 minutit või kaks päeva, lubage endale lõõgastumist, ning nautige endale meelepäraseid asju ja seltskonda.

Kaitske oma aju

Peavigastused ja/või teadvusekaotused mõjutavad teie aju tervist.

Ameerika ajuvigastuste liidu andmetele on eakate puhul ajuvigastuste peamiseks põhjuseks kukkumine. Võtke tarvitusele ettevaatusabinõud, et oma pead ja selles sisalduvat hinnalist ollust kaitsta.

- Tasakaalutunnetuse parendamiseks ja ühtlasi kukkumiste vältimiseks treenige regulaarselt.
- Koristage põrandatelt esemed, mille taha võib komistada. Kasutage piisava tugevusega valgustust.
- Autos kinnitage turvavöö. Paluge olukordades, kus te end ebakindlalt tunnete – näiteks öisel ajal või halva ilma korral, kellelgi teisel autot juhtida.
- Rattaga sõites kandke kiivrit.
- Joostes või jalutades kandke korralike, hea toetusega jalanõusid ning liikuge hästivalgustatud piirkondades.
- Kui leiate, et kipute sageli komistama ja tasakaalu kaotama, pidage nõu arstiga ravimite suhtes, mida tarvitate.

Säilitage sotsiaalseid sidemeid

Tugi, mida saame oma sõpradelt, perelt ja kolleegidelt, aitab meie vaimset tervist säilitada. Uuringud on näidanud, et tihedate perekondlike ja kogukondlike sidemetega seotud inimestel tekivad Alzheimeri tõve sümptomid kõrgemas vanuses kui neil, kes on sotsiaalselt isoleeritud. Seega hoidke oma suhteid ja sidemeid. Ühinege raamatusõprade klubi või vabatahtlike rühmaga, ning suhelge ümbritseva maailmaga.

Nähke elu helgemat poolt. Positiivne meelestatus aitab keha ja vaimu tervena hoida. Keskenduge maailmas leiduvale heale, rõõmupakkuvatele tegevustele ja inimestele, kes teid õnnelikuks teevad. Hoidke vaimset osadust. Kui elu vaimsel küljel on olnud teie jaoks tähendust, siis hoidke seda eluaspekti. Veendunud usklikud leiavad oma usust ja kogudusest tuge ja lohutust. Millised teie religioossed ja vaimsed uskumused ja tõekspidamised ka poleks, hoidke neid alal. Suhted usu- ja mõttekaaslastega aitavad ennetada või leevendada depressiooni ning kaitsevad teid dementsuse eest.

Kuidas mälu aidata?

- Ärge lootkegi kõike meeles pidada. Tänapäeva kiires maailmas oleme kõik infoga ülekoormatud. Kui vaja, kasutage nimekirju, märkmikke, memosid ja teisi mäluabivahendeid. Näiteks kirjutage kohtumiste ajad kalendermärkmikkuse ning hoidke taskus päevaülesannete nimekirja.
- Kujundage rutiinseid harjumusi, mis aitab asju meeles pidada. Võtke ravimeid iga päev samal kellaajal. Hoidke võtmeid alati ühes kohas.
- Nägemismälu on enamusel meist parem kui kuulmismälu. See tähendab, et nähtut on kergem meeles pidada kui kuuldut. Kasutades mõlemat samal ajal, jäävad asjad paremini meelde.
- Uute asjade ja ideede meelespidamiseks looge seoseid tuttava ja varemkogetuga.
- Keskenduge. Millegi uue õppimisel välistage taustamüra ja muud segavad tegurid, ning koondage oma tähelepanu õpitavale.
- Õppimiseks ja meelespidamiseks võite vajada rohkem aega. Olge kannatlik.

Mis on vanas eas normaalne? Mis võib viidata haigusele?

Kui mõningane mälu halvenemine on vanemas eas normaalne, siis püsivad mäluhäired mitte. Mida vanemaks me saame, seda rohkem kogeme kaotusi (kodunt lahkuvad lapsed, lähedaste surm) ja kurbust. Ent pikad kurbuse- või depressiooniperioodid ei ole ka vanemas eas normaalsed. Kui mõni järgnevatest hoiatavest märkidest kehtib teie, või mõne teie eaka sõbra või sugulase puhul, otsige abi. Eakad võiksid esmalt kõnelda oma murest sõbrale või pereliikmele, ning otsida seejärel abi perearstilt, sisehaiguste arstilt, psühhiaatritilt või geriaatriliselt psühhiaatritilt, kui nimetada vaid mõningaid professionaale, kes teid aidata saavad.

Hoiatavad märgid

Allpool kirjeldatud seisundid ei kuulu normaalse vananemise juurde ning võivad viidata haiguse olemasolule. Rääkige neist sümptomitest oma arstiga.

- Meeleolulangus või kurbus on kestnud kauem kui kaks nädalat
- Põhjendamatud nutuhood
- Huvikaotus asjade või inimeste vastu, mis varem rõõmu pakkusid
- Närvilisus või väsimus, letargia, kurnatus, või energiapuudus

- Ärrituvus, riiakus
- Isu kadumine või suurenemine, muutused kehakaalus
- Muutused unes: unetus, uinumisraskused või tavalisest suurem unevajadus
- Põhjuseeta süütunne, väärtusetuse, lootusetuse või abituse tunne
- Mõtlemis-, keskendumis- või otsustusvõime alanemine
- Korduvad surma- või suitsiidimõtted, suitsiidikatsed: otsige viivitamatult professionaalset meditsiinilist abi.
- Seletamatu tekkepõhjusega valud, ebamugavustunne või teised füüsilised probleemid
- Segadus ja disorienteeritus
- Mäluaugud, lühiajalise mälu häired
- Suhtlemisest hoidumine, vöörandumine
- Raskused rahaga toimetamisel, arvutamisel ja arvete maksmisel
- Muutused välimuses ja rõivastumisharjumustes
- Probleemid kodu korrashoiuga

Mis võib vaimse haiguse vallandada või selle väljakujunemisele kaasa aidata?

- Füüsilised puuded
- Füüsilised haigused:
 - o Südame- ja kopsuhaigused võivad mõjutada vaimset võimekust ja käitumist seetõttu, et aju ei saa piisavalt hapnikku
 - o Häired neerupealiste, kilpnäärme, hüpofüüsi või teiste näärmete töös võivad mõjutada emotsioone, taju-, mälu- ja mõtlemisprotsesse
- Muutused elukeskkonnas, näiteks elukohavahetus
- Lähedase inimese raske haigus või surm
- Teatud ravimite koosmõju

o Keskmiselt tarvitavad eakad noorematega võrreldes rohkem ravimeid. Kuna ainevahetus vananedes aeglustub, püsivad toimeained eaka organismis kauem, ning toksilise läveni jõutakse kiiremini

- Ravimite ja alkoholi koostoime: võib põhjustada segasusseisundeid, meeleolumuutusi ning dementsuse sümptomeid
- Alkoholi, uimastite või ravimite kuritarvitamine või väärarvitamine
- Alatoitumus

o Probleemid hammastega võivad viia vaesestunud toiduvalikuni. Mõned eakad väldivad toiduaineid, mida on raske peeneks närida.

Kui ma kahtlustan probleemi olemasolu, siis mida peaksin tegema?

- Rääkige oma arstiga. Selgitage, kuidas te end tunnete, kirjeldage, mis on teie puhul normaalne, mis mitte. Võtke kaasa nimekiri kõikidest ravimitest, vitamiinidest, mineraalainetest ja taimsetest toidulisanditest, mida te tarvitate.
- Rääkige usaldusväärse sõbra, pereliikme või vaimulikuga.

Kasulikke linke vaimse vormi hoidmiseks:

Rahvusvaheline Alzheimeri tõve liit: Maintain Your Brain (hoidke oma aju vormis): www.alz.org/maintainyourbrain/overview.asp

AARP mängud ja pusled: www.aarp.org/fun/puzzles

Mälutervise Instituut (Memory Fitness Institute): www.memoryfitnessinstitute.org/default.asp

Arsti, apteekri või teise tervisespetsialistiga nõu pidama minnes:

- Võtke kaasa nimekiri ravimitest, ravimtaimedest, vitamiinidest ja toidulisanditest, mida tarvitate.
- Ärge häbenege ega tundke piinlikkust. Selgitage, mida te tunnete.
- Küsige. Hoidke vajadusel pliats ja paber käepärast.
- Meenutage arstile ja apteekrile vajalikke seiku oma haigusloost.
- Küsige nõu ja juhiseid, mis oleksid kirja pandud selges, erialažargoonist vabas keeles.
- Taotlege korduvvisiiti, kui kõik teie küsimused ei saanud ühe korraga vastust.
- Kui küsimused tekivad alles kodus tagasi olles, ärge kõhelge arstile helistamast.

Geriatriline vaimse tervise sihtasutus (Geriatric Mental Health Foundation) loodi Ameerika geriaatrilise psühhiaatria liidu poolt, et tõsta eakatel esinevate vaimse tervise häirete alast teadlikkust, teha lõpp vaimsete haiguste ja nende raviga seotud häbirmärgistamisele, edendada tervena vananemise strateegiaid, ning suurendada eakatele pakutavate vaimse tervise teenuste kvaliteeti.

Geriatric Mental Health Association 7910 Woodmont Avenue, Suite 1050 Bethesda, MD 20814

Tel.: 301-654-7850 Faks: 301-654-4137 E-mail: info@GMHFonline.org Kodulehekülg: www.GMHFonline.org

ISIKUKESKNE LÄHENEMINE VANURIHOOLDUSES: „KULTUURI MUUTEV“ LIIKUMINE

Daniela Simmons, doktorant Ph., Põhja-Texase ülikool

Ameerika inimsuhete ja vananemise instituudi (American Institute of Human Relations and Ageing –AIHRA) asutaja ja juhataja

danielatsv@gmail.com

Autor usub, et eakatel on kõige parem elada oma kodus, koos pereliikmete ja avahoolduse töötaja abi ja toega. Ent kui nende vajadused muutuvad suuremateks kui kodus hooldamisel suudetakse pakkuda, peaks neil olema võimalus minna hooldeasutusse, kus säiliks võimalikult suur kontroll oma elu üle nii nende endi kui pereliikmete poolt. Hooldeasutuses viibimisel peaksid olema tagatud emotsionaalne tugi, sotsiaalne kaasatus, intellektuaalne stimulatsioon ning võimalikult suur sõltumatus.

Kultuurimuutev liikumine seisab eakatele pakutavate teenuste muutmise eest sellisteks, et need tugineksid isikukesksetele väärtustele ja praktikatele, nagu valikuvõimalus, väärikus, austus, enesemääramisõigus ja eesmärgistatud elu. Selline lähenemisviis tõstab hooldusteenuste kvaliteeti ning võimaldab senioridele elu, mis on väga lähedane sellele, mida nad kogeksid kodus elades. Hooldekodu elanikud otsustavad oma elu ja elustiili puutuva üle ise, nad saavad vajalikul määral hoolitsust õigel ajal, sealhulgas isiklike, prognoosimatute vajaduste rahuldamiseks. Selline lähenemisviis on keskendunud klienditeenindusele ja külalislahkusele, ning püüab rahuldada nii residentide, nende pereliikmete kui ka personali vajadusi. Hooldajad moodustavad töörühmad, mida nad ise juhivad, ning iga selline rühm tegeleb kindla eakate rühmaga. Selle asemel, et töötada kindlas osakonnas, nagu hooldus-, majapidamis- või toitlustusosakonnas, on personali ülesanded jagatud nii, et kõik töötajad saavad tegelda residentide hooldamisega, juhtida vabaajategevusi, toitu valmistada ning kergemaid majapidamistöid teha. Uuringute tulemused on näidanud, et isikukeskse hoolduse puhul on hooldekodudes elavad eakad tervemad ja iseseisvamad. Robyn Stone'i, Ameerika hooldekodude ja eakatele suunatud teenuste liidu juurde kuuluva Eakatele suunatud teenuste tuleviku instituudi tegevdirektori sõnul „pakub töö hooldajatele suuremat rahuldust, kui nad saavad hoolduse planeerimisel ja otsuste langetamisel osaleda.“ Hooldajad

arendavad uusi oskusi ning süvendavad suhteid hooldekodu asukatega.

Kultuurimuutev liikumine kujutab endast reaktsiooni vajadusele uuringute järele, mis otsiksid viise praegust dementsete eakate hooldusstandardit kujundavate alususkumuste, väärtuste, hoiakute ja käitumisstandardite muutmiseks. Viimase kümne aasta jooksul on hooldekodudes elavate eakate hooldus- ja elukvaliteedi tõstmiseks ära tehtud tohutu töö. Hoolduskultuuri teema on eakate hooldekodude reformimisel tõusnud keskseks küsimuseks. Järjest enam saab selgeks, et hooldekodude elanike elukvaliteeti negatiivselt mõjutavad tegurid võimendavad dementsete eakate tervisehädasid.

Uus hoolduskultuur rõhutab inimese kordumatut isikupära, hindab nii dementse eaka kui tema hooldaja kogemusi ja saavutusi, ning peab oluliseks, et nende vahel areneks lugupidav, hoolitsev suhe. Kogemused on näidanud, et kui dementsete eakate hoolduskultuuri soovitakse hooldekodudes muuta, peab muutuste käivitaja või läbiviija astuma samme uue hooldusvisiooni loomisel ning võtma hoolduskultuuri muutmise eest vasutatuse järjepideval alusel. Muutuste vedaja peab olema liidri isikuomadustega, s.t. võimekas nii suhtlejana kui intellektuaalselt, ning olema kolleegide seas lugupeetud, inimene, keda saab usaldada ning kes suudaks töökeskkonna muutmisel kindlustunnet pakkuda.

Isikukeskse hooldusmudeli juurde kuuluvad väikesed (8-20 elanikuga) majutusüksused, kindlate tööülesannetega personal, eraldi einetamis- ja elutubade blokid, ning kohapeal, isekeskis langetatud otsused. Hooldekodu elanikud saavad ise valida, millal puhata, millal voodist üles tõusta, mida, millal ja kus süüa, ning millistes tegevustes nad soovivad kaasa lüüa. Hooldajate-hooldatavate suhe on üks viiele. Kultuurimuutuse tähtsaks põhimõtteks on kodusarnase keskkonna loomine, kus elustiili alaseid valikud on igaühe enda otsustada. Koduselamine tähendab valikuvõimaluste olemasolu. Kultuurimuutusesse investeerinud hooldekodudes on täheldatud töödistsipliini paranemist ja väiksemat kaadrivoolavust (kultuuri muutuse eel (aasta lõikes) 65-100%, hiljem kuni 30%).

Isikukeskse hoolduse kontseptsioonis on väga tähtis osa vanuri perekonnal. Sugulased peavad olema igal ajal teretulnud, ning jääda senikauaks kui soovivad; neile peab olema tagatud võimalus ühistel söögikordadel, vabaajategevustes, pühade ja tähtpäevade tähistamisel jne. Suhtlemiseks ja meelelahutuseks on olemas eraldi ruumid. Erialase ettevalmistusega töötajad pakuvad võimalusi osaleda erinevates huvitegevustes, et säilitada residentide kognitiivseid võimeid, rahuldada nende enesearenduslikke, sotsiaalseid ja füüsilisi vajadusi ning tagada vaimne heaolu. Eakatel

peab olema võimalus osaleda neile huvipakkuvates individuaalsetes- või rühmategevustes. Hooldajad peaksid aitama residentidel uusi kogemusi ja oskusi omandada, julgustama neid füüsiliselt ja vaimselt aktiivsed olema, ning toetama nende suhtlemist eakaaslaste, pereliikmete ja sõpradega.

Üks tähtsaimaid isikukeskse hoolduse komponente on professionaalne hooldajate meeskond. Iga hooldaja peaks mõistma hoolduskontseptsiooni põhimõtteid, ning vastutama hooldekodupere eakate liikmete heaolu eest. On oluline, et nad mõistaksid eakate füsioloogilisi, psühholoogilise ja sotsiaalseid vajadusi, ning omaksid selliseid isikuomadusi, nagu entusiasm, kannatlikkus, suhtlemisjulgeus ja sallivus. Et tekitada eakates ühtekuuluvus- ja peretunnet, on tähtis, et hooldajad laseksid neil ennast tunda nagu kodus. Töötajate vahel peaksid valitsema rahulikud ja sõbralikud suhted, ning neil peaks olema võimalus osaleda tugirühmades, et kogemusi jagada ja üksteist julgustada, saada võimalusi koolitusteks ning tegelda juhtumite analüüsiga. Tugirühmade eestvedajatel tuleb tagada olukord, kus iga meeskonnaliige tunneb end kindlalt ja turvaliselt.

Isikukeskne hooldus tähendab muutusi põhimõtetes ning juhtimis- ja organiseerimisstiilis, mille tulemusel suudetakse ümber lükata arusaam, et vananemisega kaasnevad vältimatult põdurus, hädad ja haigused. Umbes kakskümmend aastat tagasi tuli kokku väike, omal alal silmapaistvate spetsialistide rühm, ning leidis, et eakate hooldus ja üldine vananemiskultuur vajavad radikaalseid muutusi. Nad soovisid kindlustada olukorra, kus eaka inimese hooldekodusse jõudmine ei tähendaks hääbumist, vaid edenemist ja elujõu kasvu. See liikumine, mis jääb institsionaalsetest teenusepakkuja-kesksetest mudelitest kaugele, ning pakub inimlikumat, kliendikeskset hooldust, mis peab tähtsaks paindlikkust ja enesemääramisõigust, on tunduks saanud kultuurimuutuse nime all.

Viimase kümne aasta jooksul on hoolduskultuuri muutev liikumine leidnud üha enam poolehoidjaid. Mida rohkem hooldekodusid on sellest liikumisest haaratud, seda enam on teenusepakkujad tõstatanud küsimusi nende riiklike regulatsioonide ja praktikate kohta, mis muutuste edukat läbiviimist takistavad.

On tekkinud olukordi, kus traditsiooniline reguleeriv lähenemisviis, mis kasutab hooldekodude töö parandamiseks karmi järelevalve ja nõuete esitamise meetodit, on loonud pingeid teenusepakkujate ja järelevalveametnike vahel, piiranud teenuste kvaliteedi parandamise edukust ning takistanud uuenduste elluviimist. Sellisest olukorrast on leidnud end paljud hooldekultuuri muuta soovinud hooldekodude töötajad. Et liikuda edasi uue hooldekodude tegevuse regulatsioonimudeli poole, tuleb riigil ja omavalitsustel leida tasakaal

uue hoolduskultuuri ja traditsioonilise regulatoorse lähenemisviisi vahel, sulgeda madalatasemelised hooldusasutused ning luua partnerlusmudel, mille eesmärgiks on kõrge tulemuslikkus. Ametnikel, teenusepakkujatel, hooldekodude elanikel ja nende pereliikmetele tuleb pühenduda isikukeskuse hoolduse põhimõtetele, et tagada uue koostöökeskse lähenemisviisi edu.

Paljud hooldekodude juhtkonnaliikmed ja hooldajad kardavad, et kultuurimuutuste läbiviimine võib neid löögi alla seada. Teised on välja toonud, et muutuste elluviimist takistavad spetsiifilised regulatsioonid, eeskätt need, mis puudutavad hooldekodu elukeskkonda, personalitöö korralduspõhimõtteid ning personali koolitamist. /---/

/---/ Vähemalt üheksas Ameerika Ühendriikide osariigis - Michiganis, Colorados, Floridas, Illinois's, Kansases, New Jerseys, Põhja- ja Lõuna Carolinas ning Pennsylvanias on moodustatud (hooldus)kultuurimuutuse koalitsioonid, mis pakuvad juhiseid muudatuste läbiviimiseks, koostöö- ja kommunikatsioonivõimalusi, külalisloenguid ning koolitusprogramme. Mitmete osariikide valitsused pakuvad uuenduste läbiviimiseks rahalist tuge.

Liikumine hoolduskultuuri muutmiseks on välja kasvanud soovist loobuda isoleerivast ja isikukaugest traditsioonilisest hooldusmudelist, ning liikuda eakatele jõuduandva ning seenioride ja personali suhtes lugupidava hoolduseni. Koos täiendustepanekutega seadusmuudatusteks, mis tagaksid pikaajalise hoolduse kvaliteedi paranemise, on spetsialistid loonud hulgaliselt mudeleid muutuste läbiviimiseks. Need erinevad oma rakendamiseviiside poolest, kuid jagavad ühiseid väärtusi ja veendumust, et kontroll ja otsustusõigus tuleb anda seenioridele ja nende hooldajaile. Kuna hooldekodudes elab väga erinevate terviseprobleemidega eakaid, on ka hooldusmudelite tähtsus ja tähendus isikuti erinev.

Viited

- Robyn I. Stone, Natasha Bryant, Linda Barbarotta, (juuni 2008), „Supporting Culture Change: Working Toward Smarter State Nursing Home Regulation”, Commonwealth Fund, 1328 Kd. 68, lk. 1-10
- C. S. Bowman, (aprill 2008), “The Environmental Side of the Culture Change Movement: Identifying Barriers and Potential Solutions to Furthering Innovation in Nursing Homes”, üleriigilise (USA) sümpoosiumi „Kultuurimuutus ja nõuded elukeskkonnale“ taustdokument, [USA] Ravi- ja hooldusteenuste keskustele edastatud lepinguraport HHSM-500-2005-00076P, lk. 16-20
- Robert Stall MD, (2009), „The Physician’s Role in Long-Term Care Culture Change”, JAMDA 10(8), lk. 587-588
- Anna N. Rahman, John F. Schnelle, (2008), „The Nursing Home Culture-Change Movement: Recent Past, Present, and Future Directions for Research”, Gerontologist 48, lk. 142-148
- Rosalie Kane, (2003), „Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable Practice, Research, and Policy Agenda”, Gerontologist 43, lk. 28-36
- Fried, L. P., Carlson, M. C., Freedman, M., Frick, K. D., Glass, T. A., Hill, J., McGill, S., Rebok, G. W., Seeman, T., Tielsch, J., Wasik, B. A., Zeger, S., (2004), „A social model for health promotion for an ageing population: Initial evidence on the Experience Corps model”, Journal of Urban Health, 81(1), lk. 64-78
- Mary Jane Koren, (veebbruar 2010), „Person-Centered Care For Nursing Home Residents: The Culture-Change Movement”, Health Affairs, 29(2): lk. 312-317
- Masso M., McCarthy G., (juuni 2009), „Literature review to identify factors that support implementation of evidence-based practice in residential aged care”, International Journal of Evidence-Based Healthcare, kd. 7, nr. 2, lk. 145–156
- Doty, M. M., Koren, M. J., Sturla, E., (9.05.2008), „Culture Change in Nursing Homes: How Far Have we Come”, Rahvaste ühenduse fondi (Commonwealth Fund) raport (USA) üleriiklikust hooldekodude uuringust kd. 91, http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Doty_culturechangenursinghomes_1131.pdf?section=4039

EAKAD JA LEIN

Phillip Hamid

Esindab Columbia õpetajate kolledži arengupsühholoogia programmi ning Columbia ülikooli globaalset vaimse tervise programmi (New York, USA)

Mis on lein?

Mingil eluhetkel saab meile kõigile osaks kellegi kalli ja lähedase kaotus, olgu tegemist pereliikme, sõbra, või koguni lemmikloomaga. Leinakogemus on vältimatu ja vajalik, sest aitab meil kaotusega toime tulla ja edasi liikuda. Traditsiooniliselt on kaotuse või leinaseisundi kirjeldamisel kasutatud mõisteid raske kaotus, lein ja kaotusvalu. Zisooki ja Sheari (2009) selgitusel on leinauurijad jõudnud üksmeelele, et mõistet „raske kaotus“ tuleks kasutada ainult kaotuse faktist kõneldes, samas kui lein kujutab endast spetsiifilisi käitumuslikke reaktsioone üldlevinud sotsiaalsete ja kultuuriliste uskumuste või rituaalide kontekstis. Kaotusvalu aga võib mõista lähedase isiku surmast mõjutatud käitumise, mõtete ja emotsionaalsete reaktsioonidena.

Eakate leinakogemused

Varasemates leinateooriates on püütud defineerida kindlaid staadiume, mida me kõik peaksime leinamisel kogema. Praeguseks on aru saadud, et igaüks kogeb lähedase kaotust erinevalt. Leina väljendamine võib erinevates kultuurides ja kontekstides suurel määral erineda nii intensiivsuse kui kestuse poolest (Zisook, Shear, 2009). Eakate lein võib olla nooremate inimeste leinast väga erinev. Vanemad täiskasvanud keskenduvad pigem surmale kui elule, ning seda rohkem, mida vanemaks nad saavad. Eakate puhul suurendavad lähedase kaotusest tingitud üksildistunnet ja hirmu ka haigused ja suurem sõltuvus teiste abist (Miller, 2012). Leinaprotsessi võib käivitada ka abikaasa raske haigus või hooldushaiglas viibimine.

Normaalsed vs. komplitseeritud leinamismustrid

Leinamine võib olla väga erinev nii intensiivsuse, kestuse kui kultuuritavade poolest. Seetõttu ei ole „normaalse“ leinamise definitsiooni olemas. Normatiivsed leinamismustrid sisaldavad laia emotsioonide skaalat, allutatud tunnetest intensiivseteni. Tavaliselt iseloomustab leinamisprotsessi algust nn. lainetav tähelepanu, kus isik koondab oma mõtted ja tunded lähedase kaotusele, seejärel eemaldub neist mõtetest, ning võtab need taas üles (Zisook, Shear, 2009; Miller, 2012). Selle protsessi käigus võivad esile kerkida sellised tunded, nagu hirm, ärevus, häbi või sügav kurbus. Aja jooksul lisandub ka mitmed positiivseid tundeid, näiteks meenutuste ja mälestustega seonduv rõõm ja rahu. /.../

Komplitseeritud leinamismustreid on täheldatud u. 10-20 protsendil leinajatest (Shear, Shair, 2005; Miller, 2012). Neid juhtumeid iseloomustab enamasti see, et inimestel on raske lähedase kaotusega leppida. Tugev mahajäetuse tunne ja traumaatiline stress kestavad [neil juhtudel] kauem kui kuus kuud (Miller, 2012). Tugev ja püsiv igatsus lahkunu järele võib muutuda häirivaks ja kurnavaks, takistades leinaja igapäevategevusi. Komplitseeritud leinamismustritega isikud usuvad sageli, et leina ja igatsuse väljendamine aitab neil kadunukesega ühenduses olla. Nad võivad ka tunda, et rahulikult ja rõõmsalt edasi elades reedavad nad lahkunud lähedase või solvavad tema mälestust. Eakaid, kes on nooremas eas kogenud kaotusi, millega nad leppida ei suutnud, saadavad ka hilisemas elus intensiivsemad ja raskemad leinakogemused (Holland, Futterman, Thompson, Moran, Gallagher-Thompson, 2013).

Tundemärgid, mis võivad eakate puhul viidata komplitseeritud leinale:

- Tugevnenud ja sagenenud füüsilise valu aistingud;
- suurenenud alkoholi tarbimine ja/või suitsetamine;
- huvi kaotamine sotsiaalsete tegevuste vastu (nt. sõprade ja pereliikmetega suhtlemisest või meeldivatest tegevustest kõrvalehoidmine);
- unehäired;
- huvi kaotamine oma tervise eest hoolitsemise vastu (nt. arsti vastuvõtude tühistamine või retseptiravimite võtmatajätmine);

- enda ülekoormamine lahkunuga seotud tegevustega (nt. väga sage lahkunu kalmul käimine, samas kui kodu korrashoid ja isiklikud hügieenitoimingud jäetakse unarusse);
- lahkunuga seostuvate tegevuste vältimine (nt. välditakse kindlate kohtade külastamist, sest need meenutavad seal kunagi koos veedetud hetki).

Leinamine on normaalne protsess, mis ei vaja ravi. Ent kui leinamine on muutunud komplitseerituks ja segab igapäevast elu, ning see on kestnud kauem kui pool aastat, oleks mõistlik abi otsida. Eakad võivad komplitseeritud leinajatena olla eriti haavatavad, sest nemad või nende pereliikmed võivad leida, et sellises olukorras pole võimalik midagi teha (John A. Hartford Foundation, 2011). Normaalne leinamisprotsess ravi ei vaja, ent kui leinajal tekivad tõsised raskused igapäevaeluga toimetulekul, tuleks perearsti või psühhiaatri poole pöörduda.

Viited

- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Nesse, R. M. (2004). „Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood.“ *Psychology and Ageing*, 19(2), lk. 260-271.
- Holland, J. M., Fullerman, A., Thompson, L. W., Moran, C., Gallagher-Thompson, D. (2013). „Difficulties accepting the loss of a spouse: A precursor for intensified grieving among widowed older adults.“ *Death Studies* nr. 37, lk. 126-144.
- John.A. Hartfordi Sihtasutus (John A. Hartford Foundation). (2011). „Mental health and the older adult.“ <http://www.jhartfound.org/ar2011/index.html>, 10.04.2013
- Miller, M. D. (2012). „Complicated grief in late life.“ Intervjuu ajakirjas *Clinical Neuroscience*, 14(2), lk. 95-202.
- Shear, S., Shair, S. (2005). „Attachment, loss, and complicated grief.“ *Developmental Psychobiology*, 47(3), lk. 253-267.
- Zisook, S., Shear, K. (2009). „Grief and bereavement: What psychiatrists need to know.“ *World Psychiatry*, 8(2), lk. 67-74.

**EAKAD, NENDE
PERELIHKMED JA
HOOLDAJAD**

ALZHEIMERI TÕBE PÕDEVA PATSIENDI HOOLDAMINE

Geriaatriline Vaimse Tervise Sihtasutus (Geriatric Mental Health Foundation)

Alzheimeri tõbi on dementsuse väljakujunemise kõige levinum põhjustaja. Haigus, mida iseloomustavad mälukaotus, halvenenud otsustamisvõime, sõnalise eneseväljendusoskuse halvenemine ning isiksuse muutumine, mõjutab mitte ainult patsiendi, vaid ka tema pereliikmete elu. Vastutus patsiendi hooldamise eest langeb sageli pereliikmetele. Vastutusega kaasneb ränk emotsionaalne ja füüsiline koormus, millele lisandub lähedase hääbumise tunnistajaks olemisest tekkinud hingevalu. Pahatihti jääb hooldaja koos oma muredega patsiendi taustal tahaplaanile.

Käesolev materjal koostati selleks, et aidata teil ja teie perel selle laastava haigusega toime tulla, vähendada hooldamise rasket koormat ning soodustada parima võimaliku hoolduse huvides koostööd teie hoolealuse arstiga.

Haiguse progresseerudes suureneb patsiendi sõltuvus oma hooldajatest. Teil ja teie pereliikmetel tuleb toime tulla muutustega haige isiksuses, mis võivad olla väga häirivad. Alzheimeri tõve puhul väga sagedased käitumis- ja meeleoluhäired on paljude hooldajate jaoks kõige häirivamaks aspektiks. Nende häirete hulka kuuluvad depressioon, ärevus, ekslemine (hulkumaminek ja äraeksimine) ja unehäired.

Teie perearst saab teile ja teie perele pakkuda vajalikku tuge: arutada patsiendi vajadusi ja võimalusi nende täitmiseks, selgitada haiguse olemust ning pakkuda infot kättesaadavate teabeallikate kohta. Arstid võivad anda nõu ka patsiendi käitumisprobleemidega toimetulekuks ning suunata teid vajadusel psühhosotsiaalset tuge pakkuvate spetsialistide juurde.

Pereliikmete ja omastehooldajate vajaduste märkamine ja mõistmine

Alzheimeri tõbi võib tekitada pereelus suurt segadust. Pereliikmete rollid ja vastutusalad muutuvad, ning iga pereliige võib neid muutusi erinevalt mõista. Pole ime, kui tekivad konfliktid. Osa pereliikmetest on valmis patsiendi haigust mõistma, teised võivad probleemi eitada. Patsiendi raviarst on tõenäoliselt teie esimene ja peamine infoallikas. Sellegipoolest ei ole küsimuste esitamine alati lihtne, isegi kui soovitakse rohkem teada saada.

Patsiendi raviarsti või teiste meedikutega nõu pidades lähtuge järgnevatest soovitustest. Paluge arstil:

- Kasutada lihtsat igapäevakeelt ja vältida meditsiinislängi.
- Esitada infot väikeste osadena.
- Tuua näiteid ja võrdlusi.
- Anda koju kaasa lugemis- või audio-visuaalseid materjale.
- Nimetada teisi infoallikaid. Teil ja teie perel võiks olla abi sellistest teabepakkujatest, nagu Alzheimeri tõve liidu kohalikud osakonnad, Alzheimeri tõve liidu kodulehekülg (www.alz.org), Geriaatrilise vaimse tervise sihtasutus (Geriatric Mental Health Foundation) – (www.gmhfonline.org), Ameerika geriaatrilise psühhiaatria liit (American Association for Geriatric Psychiatry) – (www.AAGPonline.org) ning teistest internetiallikatest.

Patsient, teie ja teie pereliikmed peaksid:

- Kordama arsti poolt öeldut, et veenduda, kas olete kõigest õigesti aru saanud.
- Tegema märkmeid, mis aitaksid vajalikku meelde jätta.
- Esitama küsimusi, kui miski jäi arusaamatuks.
- Võtma arstiga ühendust, kui hiljem küsimusi tekib. Ärge oodake, et kõik vajalik ühekorraga meelde jääb.

Alzheimeri tõbe põdeva patsiendi hooldajana võite kogeda erinevaid, loomulikke emotsioone, mis haige hooldamisel tekivad. Nende tunnete hulgas võivad olla masendus, viha, hirm ja kurbus, ning kartus ise mälu

kaotada – viimasel juhul ei teeks paha oma perearsti või eriarstiga nõu pidada. Lisaks loomulikele reaktsioonidele, mida lähedase haigestumine esile kutsub, võite teie ja teie pereliikmed kogeda tõsist stressi. On leitud, et peaaegu pooled omastehooldajatest kogevad tõsist psüühilist stressi, sealhulgas depressiooni. Omastehooldaja stressiga võivad kaasnevat tõsised terviseprobleemid. Peaksite olema valvas selliste sümptomite suhtes, nagu:

- Eitamine
- Viha
- Sotsiaalne eemaldumine
- Ärevus
- Depressioon
- Kurnatus
- Unetus
- Ärrituvus
- Keskendumisraskused
- Probleemid füüsilise tervisega

Mugandatult Alzheimeri liidu brošüürist: „Caregiver Stress— Signs to Watch for, Steps to Take“ (Omastehooldaja stress – märgid, mida jälgida, sammud, mida astuda).

Hooldajad, kes kogevad selliseid seisundeid, ei suuda oma lähedasele heal tasemel hooldust pakkuda. Kui mõni loetletud sümptomitest kehtib ka teie puhul, peaksite otsima abi nii enda kui patsiendi heaolu pärast. Erinevad ravivõimalused ja enesabitehnikad võivad parandada nii teie, patsiendi, kui ka teiste pereliikmete elukvaliteeti. Paljude omastehooldajate puhul põhjustab hooldamisest tingitud stress stressi ka teistes eluvaldkondades. Mitmete uuringute tulemused on näidanud, et dementsete patsientide hooldajatel on kehv vaimne ja füüsiline tervis, ning nad kasutavad teistest enam psühhiaatrilisi ravimeid. Omastehooldajate stressi leevendavate teguritena on välja toodud perekonna ja sõprade emotsionaalne toetus, eneseusaldus, ning abi majapidamistöödega tegelemisel.

Ka need pereliikmed, kes ei ole otseselt hooldamisega seotud, kogevad lähedase inimese haigestumisest tingitud stressi. Mõni pereliige võib end tunda kõrvaletõrjutuna, sest tema vajadused on patsiendi omade kõrval

teisejärgulised. Lapsed võivad tunda segadust, hirmu, armukadedust või ka piinlikkust Alzheimeri tõbe põdeva pereliikme (tavaliselt vanavanema) seisundi ja käitumise pärast. Perenõupidamised aitavad teil ja teie pereliikmetel nende emotsioonide ja pereliikmete rollimuutustega toime tulla.

Normaalse reaktsioonina toimuval võivad Alzheimeri tõvega silmitsi seisvad pereliikmed läbida viis kohanemise etappi: eitamine, ülemuretsemine, viha, süü ja leppimine. Need reaktsioonid võivad tekkida ka üksikult või mõnekaupa, ning mitte tingimata samas järjekorras.

Viis perekonna kohanemisel tekkivat reaktsiooni – spikker omastehooldajale:

Eitamine

Esimeseks reaktsiooniks võib olla probleemi olemasolu eitamine. Eitamine võib tähendada patsiendi ravi puudutavaid valelootusi. Haigusalane teave aitab pereliikmetel mõista, mis toimub, ja mida oodata.

Ülemuretsemine

Sageli püüavad omastehooldajad hooldatava haigusest tulenevaid puudeid iga hinna eest kompenseerida. Olles end patsiendi eest hoolitsemisega ülekoormanud, võib hooldaja keelduda abist ja tunda end isoleerituna. Mõnikord püüavad omastehooldajad rahuldada viimset kui üht patsiendi soovi ja vajadust. Pered peaksid olema teadlikud kõikidest toetusvõimalustest, sealhulgas koduõendusteenused. Hooldajal tuleb mõista, et üks inimene ei suuda kõiki patsiendi vajadusi katta. Ennast muredega üle koormates võite patsiendile kasu asemel kahju tuua.

Viha

Kui perekond jõuab äratundmisele, et nende püüdlused haiguse tekitatud kahju kompenseerida on liiva jooksnud, ning füüsiline ja emotsionaalne koorem hakkab ennast tunda andma, võib tekkida viha. Kui viha põhjus pole üheselt selge, võivad selles staadiumis segama hakata kauakestnud pinged ja pereliikmete vahelised tüliküsimused. Tugirühmad aitavad oma vihatunded läbi töötada, ning suurendada empaatiat pereliikmete vastu. Kui viha muutub valdavaks, peaksid pereliikmed nõustaja poole pöörduma, et

vaenulikkus ei takistaks patsiendi hooldamist ega kahjustaks peresuhteid.

Süütunne

Viha ja „mis siis, kui“-mõtete juurest jõutakse mineviku meenutamiseni. Läbi töötamata jäänud viha- või süütunne võivad viia depressioonini. Süütunne tekib sageli siis, kui eakat patsienti pole enam võimalik kodus hooldada. Need tunded on normaalsed reaktsioonid äärmuslikule stressile. Tähtis on see, kuidas hooldaja ja pereliikmed nende tunnetega hakkama saavad.

Leppimine

Probleeme on võimalik lahendada, või nendega leppida. Leppimine tekib siis, kui haiguse olemust, ning seda, kuidas see pereelu mõjutab, on täielikult mõistetud. Leppimise suunas aitavad liikuda väljastpoolt pere saadav tugi ja enese harimine hooldusega seotud küsimustes.

Hooldaja eest hoolitsemine

Hooldaja tervise ja elujõu säilitamine on Alzheimeri tõbe põdeva patsiendi hoolduse tähtis osa. Erinevad psühhosotsiaalsed ja biheivioristlikud teraapiad, tegelused ja tehnikad aitavad teie ja patsiendi koormat kergendada ning hooldust edendada. Olles võimetud süvenevast Alzheimeri tõvest tingitud puudeid ja vaevusi leevendada, võivad hooldajad läbi põleda ning otsustada hooldekodu kasuks varem kui vajalik. Tegelikult on Alzheimeri tõbe põdev patsient osa suuremast peresüsteemist, ning hooldusrežiimi edukal korraldamisel, kus patsiendi käitumis- ja meeleoluhäired on kontrolli all, on sügav mõju kõikide pereliikmete enesetundele.

Emotsionaalsed ja käitumuslikud seisundid, mida tavaliselt Alzheimeri tõbe põdeva patsiendi hooldamisega seostatakse, on traditsioonilise psühhoteraapia (nõustamise) ja toetavate sekkumiste abil hõlpsasti hallatavad. Kui olete omastehooldaja, parandate enda vaimsele ja füüsilisele tervisele tähelepanu pöörates ajapikku nii enda kui oma hoolealuse elukvaliteeti.

Abi pereliikmetele ja hooldajale

Järgnevalt toome ära mõned psühhosotsiaalsed sekkumisviisid, mis aitavad teil ja teie pereliikmetel Alzheimeri-haigega paremini toime tulla:

Tugirühmad

Tugirühmad pakuvad omastehooldajatele ja teistele pereliikmetele turvalist kohta, kus oma tundeid jagada, emotsionaalset ja moraalset tuge saada, praktilist teavet saada, ning rääkida inimestega, kes teie muresid mõistavad. Omastehooldajatele ja nende pereliikmetele mõeldud tugirühmi on mitmesuguseid, alates Alzheimeri liidu kohalikest osakondadest ja haiglate juures tegutsevates tugirühmadest, kuni eakatele teenuseid pakkuvate organisatsioonide ja religioossete rühmitusteni. Uuringutulemused on näidanud, et tugirühmas osalemise, individuaalse- ja perenõustamise ning hooldusalase nõustamise kombinatsioonist on omastehooldajaile abi. Ühe uuringu tulemused näitasid, et psühhotsiaalsete sekkumiste tulemusena nihkus dementse eaka hooldekodusse paigutamine kuni aasta võrra edasi, ning hooldajad teatasid paranenud tervisest ja tunnetasid senisest enam pereliikmete tuge.

Intervallhooldus

Intervallhoolduse teenus annab teile hingetõmbeaega, mille pikkus võib varieeruda mõnest tunnist paari nädalani, et teil oleks võimalik muid kohustusi täita või lihtsalt puhata. Vastavalt uuringutulemustele võib intervallhoolduse teenuse kasutamine mõningate patsientide puhul edasi lükata nende hooldekodusse paigutamise vajadust. Intervallhoolduse teenust on võimalik saada sõpradelt, koduabililt, koduõdedelt, eakate päevakeskustest ja hooldekodudest. Hooldaja võib enda jaoks puhkepause saada ka spetsiaalsete videokassettide abil, kus professionaalsed näitlejad hoiavad üleval patsiendi tähelepanu, või videoklipikogumike abil, mis käsitlevad patsiendile huvipakkuvaid teemasid.

Oskuste omandamine

Alzheimeri haige hooldamine nõuab erioskusi, mida teil võib nappida. Alzheimeri tõve liidu poolt korraldatavad koolitused aitavad omastehooldajatel patsiendiga toime tulla. Viis, kuidas te Alzheimeri tõve põdejaga suhtlete, mõjutab haiguse kulgu, ning suhtlemisoskuse arendamine on patsiendi soovimatu käitumise vältimiseks väga oluline. Haiguse alane teave aitab teil ja teie pereliikmetel neid oskusi arendada, ning vähendada seeläbi frustratsiooni, et te teate, mida oodata.

Perekonna roll hooldekodus viibiva patsiendi abistamisel

Kui tekib vajadus eaka pereliikme hooldekodusse või hooldushaiglasse paigutamiseks, aitab nõustamisteenus teil ja teie pereliikmetel süütunde, kurbuse, viha, depressiooni ja muretsemisega toime tulla. Vajadusel võib tuge saada pere- ja rühmanõustamisest, tugirühmadest või individuaalsest teraapiast. Raviarst võib aidata teil kõiki võimalusi hinnata, kuna hooldusasutusse paigutamist tuleb enne lõplikku otsust hoolikalt kaaluda.

Patsiendile suunatud tegevused

Alzheimeri-haige käitumine võib olla ettearvamatult ja ebameeldiv: esineda võib järske meeleolukõikumisi, sõnalist või füüsilist agressiooni, sõjakust, oma mõtete ja sõnade tüütuseni kordamist ning hulkumaminekut.

Patsiendi käitumisviisi säilitamiseks või parandamiseks ette võetud sammud parandavad nii patsiendi kui terve teie pere elukvaliteeti. Allpooltoodud võtted on loodud selleks, et Alzheimeri-haige funktsionaalsete häirete ja käitumishälvetega paremini toime tulla. Neist strateegiatest on abi olnud paljudes peredes, ning sageli on need aidanud patsiendi hooldekodusse paigutamist edasi lükata. Arutage arstiga, millised neist võiksid teid aidata.

Farmakoloogiline ravi

Saadaval on mitmeid ravimeid, mis aitavad pidurdada Alzheimeri tõvest tingitud kognitiivsete võimete alanemist ning avaldada mõju haige käitumisele. Pidage ravimite asjus nõu oma perearsti või geriaatriga.

Iseiseisvust edendavad strateegiad

Sekkumisviisid, mis on mõeldud patsiendi igapäevase toimetuleku parandamiseks, aitavad ka Alzheimeri-haigeid. Sellised strateegiad aitavad säilitada patsiendi vaimseid ja füüsilisi võimeid, ning aidata neil toime tulla igapäevategevustega, nagu hügieenitoimingud, riietumine, enese

korrastamine ja söömine. Kasutatakse selliseid võtteid, nagu premeerimine, innustamine ja füüsiline abi. Iseseisva toimetuleku säilitamiseks ja edendamiseks leidke Alzheimeri-haigele igapäevaseid arendavaid tegevusi.

Füüsilise jõu/liikuvuse treenimine

Võimlemisest on kasu kõigi, nii ka Alzheimeri-haigete jaoks. Lihtsad venitusharjutused, regulaarsed jalutuskäigud või velotrenažööri kasutamine aitavad kergete või keskmise raskusastmega haigusnähtudega patsiendil liikumisvõimet säilitada, rahutust ja närvilisust vähendada, ning und parandada.

Inkontinentsus

Inkontinentsuse jälgimine, kindlad WC-s käigu ajad, ning meeldetuletused on võtted, mis aitavad omastehooldajal inkontinentsusprobleemiga toime tulla.

Unehäiretega toimetulek

Alzheimeri tõvega kaasnevad unehäired on omastehooldajate jaoks üks peamisi stressiallikaid ja väsimuse tekitajaid. Uuringud on näidanud, et und parandab see, kui patsiendi eluruumid on päevasel ajal eredalt valgustatud, öösiti aga piisavalt hämarad, et mitte und häirida. Abi on ka õhtusest soojust vannist ning päevaste uinakute piiramisest.

Taustahelid

Niinimetatud valge müra – pidevad, monotoonsed ja pehmed taustahelid, on mõningatel juhtudel aidanud patsientide ärevust leevendada. Taustahelidena võib kasutada meremüha ja ojavulina või teiste loodushälte salvestusi, mis patsiendile rahustavalt mõjuvad. Muusikateraapiast võib abi olla ka mälestuste ja emotsioonide korrastamisel.

Valgustus

Hämaralt valgustatud söögituba aitab patsientidel rahuneda ja tagada, et toit ka söödud saab.

Visuaalsed meenutusvahendid

Visuaalsed meenutusvahendid, näiteks haige voodi vastasseinale asetatud foto(d), aitavad tuhmuva mäluuga dementsel eakal olulisi kohti, asju ja inimesi meeles pidada. Pildivihjetest on sageli rohkem abi kui sõnalistest meeldetuletustest.

Toetava keskkonna pakkumine

Alzheimeri-haiged on ümbritseva keskkonna suhtes väga tundlikud, ning nende stressilävi on madal. Arst aitab teil patsiendi käitumisprobleeme vallandavaid stressitekitajaid (nt. liiga ere valgus, liiga soe või jahe tuba või vannivesi) kindlaks teha ja leida viise nende kõrvaldamiseks.

Traditsiooniline psühhosotsiaalne teraapia

Dementsuse algstaadiumites patsientide puhul võib nõustamine vähendada nende viha, ärveust, hirmu, kahtlusi ja depressiooni. Vaimse tervise spetsialist annab nõu ja julgustust, ning aitab patsiendil oma tundeid mõista.

Mälestuste jagamise teraapia

Eakaaslastelt saadava julgustuse ja toetuse najal võiksid patsiendid korrastada pikaajalist mälu, ning meenutada oma eluseiku. Mälestuste jagamise teraapiat kasutatakse enamasti rühmatöona, kuid seda saab korraldada ka individuaalsetel alustel.

Kinnitamine

Progresseerunud dementsusega patsientide hooldajad võivad patsiendi väärarusaamade või pettekujutluste korrigeerimisega kasu asemel kahju teha. Kinnitamine (või nõustumine) on tehnika, kus hooldaja või teised pereliikmed kinnitavad patsiendi väiteid ja toetavad tema

suhtlemispüüdeid, isegi kui patsiendi reaalsustaju on häiritud.

Simuleeritud kohalolek

Nii mõõduka kui raskema dementsusastmega eakad võivad lohutust leida ka simuleeritud vestlustest, juhul kui lähedane sõber või pereliige ei saa ise kohal viibida. Audio- või videokassett, mis pakub võimalust lähedase inimese häält kuulda ja ühiseid mälestusi meenutada, ning sisaldab pause, et patsient saaks omalt poolt sõna sekka öelda, pakub patsiendile mõneks ajaks seltsi, ning hooldajale võimalust muude asjadega tegelda.

Lemmikloomateraapia

Lemmikloomaga tegelemine või loomapoegade jälgimine, kas või videoklippidelt, võib dementsete patsientide käitumist ja meeleolu parandada. Kohtumisi lemmikloomadega saab korraldada ka rühmateraapia või individuaalse nõustamise käigus.

Rekreatsiooniteraapiad

Rekreatsiooniteraapiad hõlmavad kehalisi harjutusi, rühmategevusi ja lihtsamaid (seltskonna)mänge. Haiguse külge aheldatud patsiendile pakub see suurepärast meelelahutust ning aitab käitumisprobleeme kontrolli all hoida.

Kunstiteraapiad

Demetsetele eakatele sobivateks kunstiteraapiateks on joonistamine, kollaažitehnika, valmisjoonistatud piltide värvimine, voolimine, tantsimine ja muusikakuulamine. Nende tegevuste kaudu saab patsient sõnade abita emotsioone väljendada; enda tuju tõsta, tajumeeli ja mõttegevust stimuleerida, ärevust leevendada ja mootorset võimekust säilitada või parandada.

Omastehooldajate depressioon

Nõudliku ja emotsionaalselt raskete ülesannete tõttu on kliiniline depressioon ja ärevus omastehooldajate seas sagedasemad kui elanikkonnas üldiselt. Umbes pooltel omastehooldajatest esineb

depressioonisümptomeid, mis on küllalt tõsised, et vajada ravi. Dementse eaka hooldajana peaksite oskama depressioonisümptomeid ära tunda, ning nende leidmisel arstiga nõu pidama. Et oma pereliikmetele parimat võimalikku hoolitsust pakkuda, tuleb teil püsida tugeva ja tervena.

Tundemärgid, mis võivad omastehooldajate puhul viidata depressioonile:

- Pidevad valud ja ebamugavustunne
- Ärrituvus
- Probleemid söömise ja kehakaaluga
- Väsimus või energiapuudus
- Seni meeldinud või huvi pakkunud tegevused jätavad külmaks
- Unetus
- Tühjusetunne või kurbus
- Terav süütunne

Alzheimeri-haigete abikaasad kannatavad sageli kõige enam, ning vajavad pikaajalist sotsiaalset tuge. Kui sotsiaalne tugi depressiooni ei vähenda, võib abi olla antidepressantidest. Ka kergete depressiooninähtude ravimine muudab teie ja teie hoolealuse elu märgatavalt paremuse poole.

Lähedase inimese hooldamise ajal tekkinud depressioon ei pruugi hooldatava surma järel kaduda. Et lähedase surma järel tuge saada, rääkige oma arstiga, või otsige abi leinarühmadest. Uuringute käigus on leitud, et kui mõnedel Alzheimeri-haige abikaasa kaotanud meestest depressiooninähtude süvenesid, siis osa naistest ilmutas abikaasa surma järel paranemise märke.

Hooldajate abistamine enese eest hoolitsemisel

Parimat hooldust pakuvad ettevalmistatud, teadlikud, tuge saavad, ning hea vaimse ja füüsilise tervise juures olevad omastehooldajad. Dementse patsiendi hooldamiseks valmistudes võite kasutada järgmisi samme:

- Uurige, milliseid teenuseid teie elukohajärgses omavalitsuses pakutakse (eakate päevahooldus, koduabilised, koduõendus).
- Võtke ühendust kohaliku Alzheimeri tõve liiduga (saate kasulikke teavet ja abi hooldusvõtete omandamisel).
- Võtke ühendust tugirühmadega Alzheimeri

tõve liidu või hooldushaigla kaudu.

- Küsige sugulastelt ja sõpradelt abi.
- Hoolitsege omaenda tervise eest.
- Mõelge sellele, millised juriidilised asjaajamised ja rahalised küsimused teid ees ootavad.
- Mõelge sellele, kes ja kuidas hakkab patsienti hooldama, kui teie seda enam ei saa või ei suuda.
- Looge strateegiad hädaolukordades tegutsemiseks.

Spetsialistidega konsulteerimine

Võib tekkida olukordi, kus läheb vaja spetsialisti või Alzheimeri-haigetega tegeleva raviastutuse abi. Geriaatrilised psühhiaatrid, kes on saanud eriväljaõppe eakate vaimsete häirete raviks, aitavad nii eakat patsienti kui tema hooldajat. Geriaatrilised psühhiaatrid võivad pakkuda:

- Abi patsiendi käitumise ohjeldamisel, eriti kui on tegu tugeva ärevuse, psühhoosi, vägivaldse käitumise, suitsidaalse käitumise või sügava depressiooniga;
- individuaalset või pereteraapiat patsiendile ja tema pereliikmetele;
- hinnangut patsiendi seisundile, et otsustada tema hooldeasutusse paigutamise üle.

Geriaatrite poole tasub pöörduda, kui patsiendil esineb korraga mitmeid tervise- ja käitumisprobleeme, ning ta tarvitab korraga mitmeid erinevaid ravimeid, või kui on tarvis hinnata tema hooldeasutusse paigutamise vajadust.

Omastehooldejatele pakuvad teraapiaid ka kliinilised psühholoogid ja psühhiaatriaõed; sotsiaaltöötajatelt saab infot toetuste ja teenuste osas. Füsioterapeudid ja tegelusterapeudid võivad anda nõu patsiendile jõukohaste liikumisharjutuste ja tegevuste osas, ning aidata leida viise patsiendi igapäevase toimetuleku parandamiseks.

Uuringud ja Alzheimeri tõve raviväljavaated

Alzheimeri tõve olemust uuritakse jätkuvalt, ning see aitab kaasa tõve varajasemale diagnoosimisele ning efektiivsemate ravivõimaluste leidmisele. Teadlased tegelevad ka hooldajate koormat kergendavate meetodite väljatöötamisega.

Kokkuvõte

Dementse lähedase hooldajatel tasub nõu pidada patsiendi perearsti, pereliikmete ja teiste omastehooldajatega. Suhtlus ja kogemuste vahetamine aitavad patsiendile paremat hooldust pakkuda. Märgake enda juures stressile viitavaid sümptomeid ja otsige arstiabi, kui stressikoorem liiga suureks muutub. Lähedase hooldamisel tekkiv emotsionaalne pinge võib viia füüsiliste haiguste, isoleerituse, ärevushäire või depressioonini. Need seisundid ei ole kahjulikud mitte ainult teile, vaid ka Alzheimeri tõbe põdevale lähedasele. Patsientidele ja nende hooldajatele mõeldud nõustamisteenused ja teraapiad aitavad parandada nii teie kui hoolealuse elukvaliteeti.

*Geriatric Mental Health Association
7910 Woodmont Avenue, Suite 1050
Bethesda, MD 20814
Tel: 301-654-7850
Faks: 301-654-4137
E-mail: info@GMHFonline.org
Website: www.GMHFonline.org*

KOOSTÖÖ PEREKONNAGA EAKATE PATSIENTIDE HOOLDAMISEL

Jo Ellen Patterson,

PhD, San Diego ülikooli professor, Paari- ja pereteraapiate programm, USA

Todd M. Edwards,

San Diego ülikooli professor, Paari- ja pereteraapiate programm,

Kõikidel ajastutel, kõikides kultuurides, on tervisehädadega inimesed pöördunud abi saamiseks oma pereliikmete ja sugulaste poole. Kollektivistlikes kultuurides vastutavad eakate vajaduste eest esimesena ja enamasti pereliikmed. Individualistlikes kultuurides pakuvad paljusid teenuseid, mida traditsiooniliselt on pakkunud pereliikmed, eraravikindlustus, hooldekodud ja kogukonnapõhised programmid. Kuid isegi kõige jõukamates, individualistliku kultuuriga riikides ootavad eakad tuge oma pereliikmetelt. Eakatele, kes kannatavad sageli üksilduse, isoleerituse ja eesmärkide kadumise tõttu, suudab perekonna tugi pakkuda seda, mida ei suuda ükski teine teenus ega tugirühm – kiindumusuhteid ja sidemete järjepidevust.

Elanikkonna üldine vananemine mõjutab otseselt ka peresuhteid: suuremas osas maailmast elavad inimesed kauem, ning perekonnad hoolitsevad oma eakate pereliikmete eest pikemat aega kui kunagi varem. Üha rohkem eakaid jõuab kaheksakümnendatesse ja üheksakümnendatesse eluaastatesse, ning sageli on neil mitu kroonilist haigust, nende hulgas dementsus, südamehaigused, kõrgvererõhutõbi ja depressioon. Nende levinud haiguste piiride eristamine on sageli raske, kui mitte võimatu. Kas kognitiivsete võimete alanemine on tingitud ummistunud ja ahenenud veresoontest, või on see hoopis abikaasa surma järel tekkinud üksilduse sümptom? Kui füüsiliste haiguste ja psüühikahäirete koosesinemine muutub eakate vanemaks saades järjest tavalisemaks, siis erinevaid jooni ja omadusi, mis nende perekondi iseloomustavad, on samuti terve hulk. Perekonnad erinevad omavaheliste sidemete tugevuse, ootuste ja vahendite-võimaluste poolest, mida nad eakate pereliikmete eest hoolitsemisse panustada saavad. Vaatamata eakate terviseprobleemide ja perede taustandmete erinevusele, oodatakse perekondadelt, et nad eakate pereliikmete eest

hoolitseksid, ükskõik kui kaua seda teha tuleb. Mida vanemaks eakas pereliige saab, seda rohkem sõltub ta teistest pereliikmetest väga mitmetes küsimustes, mille hulgas on tervist ja ravi puudutavad otsused, mis mõjutavad pere eelarvet, igapäevased raviprotseduurid (nt.süstimid), ning optimaalne elukorraldus (nt. kodus elamine või toetatud elamine).

Sotsiaalmeedia on laiendanud peresuhete geograafilisi piire. India noormees, kes elab Ameerika Ühendriikides, võib igal hommikul oma New Delhis elava eaka isaga Skype'i teel vestelda. Vaatamata geograafilisele vahemaale võib ta tunda vastutust oma eaka vanema heaolu eest ning otsustada, millal on tarvis sekkuda, Indiasse sõita ja kohapeal hoolitsust pakkuda. Eaka, isoleeritud pereliikme jaoks võib vestlus teisel pool ookeani elava lapsega olla ainuke suhtlemisvõimalus terve päeva jooksul. Täiskasvanud pojal, kes elab kahe kultuuri mõjusfääris ja laveerib erinevate normide vahel (kodus hooldamine vs.hooldekodu; agressiivne meditsiiniline sekkumine iga hinna eest vs. patsiendi surmaga leppimine), pole lootustki isiklikele puhkuseplaanidele, sest oma puhkuse kasutab ta selleks, et eakat isa külastada.

Vanemaealiste depressioon

Eluea pikenemine, eakate suurenev sõltuvus täiskasvanud lastest, ning omasteholdajate ees seisvad rasked ülesanded moodustavad kombinatsiooni, mis suurendab nii eakate kui neid hooldavate pereliikmete depressiooni- ja ärevushäire riski. Depressiooni ja ärevuse avaldumises on kultuuriti suuri erinevusi. Mõnedes kultuurides kehtivad perearstid oma eakaid patsiente depressiooniuuringute ankeete (nt.PHQ9) täitma ja näevad eaka patsiendi kaalukaotuses või unehäiretes depressiooni mõju. Teisal pöörduvad depressiivsed eakad pigem rahvaravitsejate poole. Mõnedes kultuurides otsitakse abi nii lääne meditsiinist kui rahvameditsiinist. /---/.

Omasteholdajate depressioonirisk on sageli sama kõrge kui nende eakate hoolealuste oma. Hooldajad, enamasti naised, kes töötavad ka väljaspool kodu, teevad päeva jooksul 4 – 8 tundi tasustamata tööd (1,2). Eaka pereliikme hooldamisel tekkivad nõudmised, vajadused ja ressursikulu (nt. raha, aeg, energia) võivad hooldaja meeleheitele viia. Need nõudmised ja sundolukorrad ei suurenda mitte ainult depressioonisümptomeid, vaid ka vastuvõtlikkust teistele haigustele (2). Isegi kui eakad pereliikmed püsivad toimekate ja iseseisvatena kauem kui varasematel aegadel, võivad nad ühel päeval ikkagi seista silmitsi halvenenud tervise ja suurenenud abivajadusega. Ning täiskasvanud lapsed, kes ise samuti vananevad ning kellel on omad mured, peavad samal ajal hoolitsema neist järjest enam sõltuvate vanemate eest.

Isegi kui eakas pereliige paigutatakse hooldeasutusse, jäävad pereliikmed ikkagi temaga emotsionaalselt seotuks ja muretsevad tema pärast.

Eakad ja psühhosotsiaalsed teraapiad

Et suurem osa depressiooniravi saavates eakatest saab seda esmatasandihoolduse tingimustes, ning on tõendeid, mis näidanud koostööna korraldatud hoolduse tõhusust (3), on esmatasandi hooldust käsitlevate uuringute pinnalt tekkinud mitmeid eakate depressiooniravi puudutavaid algatusi. Kaks neist algatusutest või õigemini ravipõhimõtetest, mida allpool kirjeldame, rõhutavad integreeritud ravimudeli tähtsust.

IMPACT (mõju, mõjutamine): Perearst ja depressiooni ravijuht (medõde, sotsiaaltöötaja, psühholoog või pereterapeut) koostavad koostöös patsiendi ja pereliikmetega raviplaani, ning konsulteerivad vajadusel psühhiaatriga. Ravijuht ehk hooldusjuht pakub depressioonilaseid koolitusi ja probleemide lahendamisele keskenduvaid teraapiaid, ning jälgib depressioonisümptomeid. Uuring, mis hõlmas 1801 eakat patsienti, näitas, et IMPACT vähendas depressioonisümptomeid tunduvalt enam kui tavahooldus, ning muutus jäi püsima ka aasta möödudes (4).

PROSPECT (perspektiiv, tulevikväljavaade): Ennetamaks eakate suitsiide enesetapumõtete ja depressiooni vähendamise abil, koolitatakse esmatasandi arste (perearste) eakate depressiooni ja enesetapukavatsusi ära tundma. Lisaks on ravimeeskonda lülitatud vaimse tervise spetsialistid. PROSPECTi mõju hindavad uuringud on näidanud, et patsientidel, kelle suhtes seda sekkumisviisi rakendati, vähenes depressiooni raskusaste (5). Lisaks sellele leiti uuringu käigus, et PROSPECTis osalenud patsientidel olid madalamad suremusnäitajad (6).

Kutseliste meedikute koostöö on eakate depressiooni vähendamisel andnud väga paljutöötavaid tulemusi. Kahjuks on need algatused enamasti keskendunud ainult eakale patsiendile, mitte tema perekonnale. Ameerika Ühendriikide näide aitab perekonna rolli tähtsust paremini mõista.

Beebibuumi põlvkonna vananemine ja pikenenud eluiga asetavad ameeriklased tõsiste küsimuste ette: Kes hakkab Ameerika vanurite eest hoolitsema ja kes selle eest maksab? Jennifer Wolff Johns Hopkinsi ülikoolist tsiteerib Kongressi eelarvekomisjoni raportit, kus tõdetakse: „Tasustamata hoolduse väärtus ületab ilmselt kõik teised pikaajalise hoolduse finantsnäitajad, kuid seda on raske dollarites määratleda.“

(lk. 1529) (7, 8). Wolff jätkab perekondade toetamise teel seisvate barjääride väljatoomisega, tuues näiteks seadusandlusest tulenevad takistused, mis välistavad pereliikmete pädevuse ja otsustusõiguse oma lähedaste elu ja hooldusvajaduste üle otsustamisel.

Vaatamata perede segasele rollile tervishoius, leiab Wolff et perekonnad toimivad „pikaajalise hoolduse selgroona.“ (lk. 1530) (7). Ta pakub välja, et perekondade panust tuleb mõõta ja dokumenteerida, enne kui asuda seda hindama, ning teeb rea ettepanekuid perede kaasamiseks:

Omastele tuleb tagada terviseinfo ja -andmete kättesaadavus, vastavalt patsiendi soovidele ja nõusolekule. Tähtsad aspektid pereelus, mis mõjutavad patsiendi hooldamist, tuleb haiguslukku kirja panna.

Pereliikmete jälgimine võimaliku läbipõlemise suhtes peab saama hoolduse rutiinseks osaks. Pereliikmete kohalolu ja osalus patsiendi hooldamisel tuleb dokumenteerida, ning patsiendi dokumentatsiooni tuleks lisada ka erinevad viisid ja võimalused tema probleemidega toimetulekuks.

Sageli võitlevad omaksed hirmuga, kuidas nad hooldamisega toime tulevad, ning tunnevad end süüdi, et nad ei suuda oma lähedase heaks rohkemat teha, sest neid seovad ka teised kohustused. Praegused legaalsed tegevust piiravad barjäärid (USA-s) muudavad need emotsioonid omaste jaoks veelgi teravamateks, kuna ligipääs patsiendi terviseandmetele on piiratud. Kuna neil puudub terviklik ülevaade patsiendi seisundist, ei saa nad ka efektiivset hooldust pakkuda. Kui patsient haiglast või arstikabinetist lahkub, jääb tema eest hoolitsemine sageli vaid pereliikmete vastutada.

Nende probleemide lahendamiseks lõi Haiglate ühendfond (United Hospital Fund, USA) programmi nimega Üleminekud hoolduse kvaliteeti parandavas koostöös (Transitions in Care-Quality Improvement Collaborative -TIC-QulC), mis lõpetas oma esimese tööetapi 2011.aastal (9). Eesmärgiks on krooniliste ja raskete haigete olukorra parandamine üleminekul statsionaarselt ravilt koduhooldusele, ning selle eesmärgi saavutamiseks korraldati omastehooldajatele koolitusi. Programmi tulemusel paranes omastehooldajate ettevalmistus, ning vajadus spetsialistide abi järele. TIC-QulC projekt on suurepärase näide sellest, kui kasutoovaks võib pereliikmete ravimeeskonda lülitamine osutuda.

Tänu sõnad

Soovime tänada Pamela Williamsit tema poolt läbi viidud uuringu ja toetuse eest.

Viited

1. Ameerika arstide liidu teadusnõukogu (Council on Scientific Affairs, American Medical Association): „Physicians and family caregivers: a model for partnership. Journal of the American Medical Association.“ 1993; 269(10): lk.1282-1284.
2. Rabow MW, Hauser JM, Adams, J. „Supporting family caregivers at the end of life: they don't know what they don't know.“ Journal of the American Medical Association. 2004; 291(4); lk.483-491.
3. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richard, D, Sutton AJ. „Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes.“ Sisehaiguste ravi arhiiv (Archives of Internal Medicine). 2006;166:2314-2321.
4. Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Jr., Hunkeler E, Harpole L, Hoffing M, Della Penna RD, Noel PH, Arean PA, Hegel MT, Tang L, Belin TR, Oishi S, Langston C. „Collaborative-care management of late-life depression in the primary care setting.“ Journal of the American Medical Association. 2002;288(22): lk. 2836-2845.
5. Alexopoulos GS., Reynolds CF., Bruce ML, Katz IR, Raue PJ, Mulsant BH, Oslin DW, Ten Have T. „Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT Study.“ American Journal of Psychiatry. 2009;166(8), lk. 882-890.
6. Gallo JJ, Bogner HR, Morales KH, Post EP, Lin JY, Bruce ML. „The effect of a primary care practice-based depression intervention on mortality in older adults: A randomized trial.“ Annals of Internal Medicine. 2007;146(10); lk. 689-698.
7. Wolff, J. „Family matters in health care delivery.“ Journal of the American Medical Association. 2012; 308(15): lk. 1529-1530.
8. USA kongressi riigieelarveamet (Congressional Budget Office): „Financing long-term care for the elderly.“ Washington, DC: Congressional Budget Office; 2004.
9. Levine C. ettekanne „Improving transitional care by involving family caregivers“ USA riikliku tervisepoliitika foorumil 28.10. 2011.

FAKTILEHT:

ENESE EEST HOOLITSEMINE OMASTEHOOLDAJATE ENESEABI



www.caregiver.org

Esmalt hoolitsege enda eest

Lennukis on teie ees hapnikumask. Mida te teete? Nagu me kõik teame, on reeglilik, et kõigepealt tuleb hapnikumaks endale ette panna, ning alles siis asuda teisi abistama. Teisi tõhusalt aidata saame ainult siis, kui kõigepealt ennast aitame. Enda eest hoolitsemine on üks kõige tähtsamaid, ning samas kõige sagedamini unustatud asju, mida omastehooldaja peab tegema. Kui teie vajadused on rahuldatud, võidab sellest ka inimene, keda hooldate.

Hooldustöö mõjud tervisele ja heaolule

Võime sageli kuulda: „Minu abikaasa on Alzheimeri-haige, kuid hoopis mina olen see, kes haiglasse sattus!“ Selliseid olukordi tuleb liigagi tihti ette. Teadlased teavad hooldamise mõjust hooldaja tervisele ja heaolule nii mõndagi. Näiteks kui te hooldate oma abikaasat, kelle vanus jääb 66 ja 96 eluaasta vahele, ning kogete vaimset või emotsionaalset pinget, on teie suremusrisk 63 protsenti kõrgem kui neil, kes ei hoolda mõnd oma pereliikmetest. Pikaajalise stressi, hooldamisega seotud füüsiliste pingutuste ja vananemisega kaasneva bioloogilise haavatavuse kasvu koosmõju tõstab märkimisväärselt nii terviseprobleemide kui enneagse surma riski.

Eakad hooldajad ei ole ainsad, kes oma tervise ja heaolu löögi alla panevad. Kui pärinete beebibuumi põlvkonnast, kel tuleb pöetada oma eakaid vanemaid, samal ajal tööd rabades ning täiskasvanud

lapsi aidates, seisate silmitsi suurenenud depresiooni- ja krooniliste haiguste riski ning elukvaliteedi võimaliku halvenemisega.

Vaatamata nimetatud terviseriskidele, tegelevad omastehooldajad oma tervise säilitamise ja enese eest hoolitsemisega vähem kui need, kes lähedasi ei hoolda. Olenemata vanusest, soost ja rahvusest, teatavad omastehooldajad, et neil on probleeme enda tervise ja heaolu eest hoolitsemisega, sest hooldamiskohustus ei jäta selleks aega ega võimalusi.

Neil teevad muret :

- unepuudus,
- kehvad toitumisharjumused,
- vähene liikumine,
- võimaluse puudumine haigena voodisse jääda,
- ning see, et kui neil endal on tarvis arsti juurde minna, lükkavad nad seda aina edasi või ei jõuagi arsti juurde.

Omastehooldajatel on suurem depressioonirisk ning tõenäosus alkoholi, tubaka või uimastite liigtarbimiseks. Lähedase hooldamisel tekkivad emotsioonid võivad olla nagu sõit ameerika mägedel. a Ühelt poolt näitab pereliikme hooldamine teie armastust ja pühendumust, ning võib olla väga rahuldustpakkuv tegevus. Teiselt poolt muudavad väsimus, muretsemine, vahendite nappus ja pidev valvelolek hooldamise äärmiselt stressirohkeks. Omastehooldajail on suurema tõenäosusega mõni krooniline tervisehäda, nagu kõrge vererõhk, kõrge kolesteroolitase või ülekaalulisus. Mitmete uuringute tulemustest nähtub, et 46 – 59 % omastehooldajaist on kliinilises depressioonis.

Enese eest hoolitsemine: vastutuse võtmine

Te ei saa peatada enda kroonilise või progresseeruva haiguse või puude mõju hooldusele, mida te pakute. Kuid on palju sellist, mida te isikliku heaolu ja vajaduste eest vastutades ära saate teha.

Isiklike barjääride leidmine

Paljudel juhtudel seisavad enese eest hoolitsemise teel takistavad hoiakud ja uskumused. Enda eest mitte hoolitseda võib muutuda elukestvaks harjumuseks, sest kogu tähelepanu on suunatud teiste eest hoolitsemisele. Olles omastehooldaja, tuleks teil endalt küsida: „Mis kasu on minust hoolealusele, kui ma haigeks jään? Või kui ma ära suren?“ Vanade mõttemustrite murdmine ja takistuste ületamine ei ole kerge ülesanne, kuid see on teostatav, sõltumata teie vanusest või olukorrast. Esimeseks sammuks enese eest hoolitsemist takistavate barjääride kõrvaldamisel on nende barjääride tuvastamine. Näiteks:

- Kas usute, et enda vajaduste esikohale seadmine on isekas?
- Kas enda vajadustele mõtlemine hirmutab teid? Mida see hirm puudutab?
- Kas teie jaoks on raske abi küsida? Kas tunnete end saamatuna, kui abi küsite?
- Kas tunnete, et peate oma hoolealuse kiindumuse välja teenima? Kas annate selle nimel endast liiga palju?

Mõnikord on hooldajad väärarusaamade või seisukohtade küüsis, mis suurendavad neis stressi ja takistavad enese eest hoolitsemist. Mõned näited kõige levinumatest väärarusaamadest:

- Vastutan oma vanemate tervise eest.
- Kui mina seda ei tee, ei tee seda keegi.
- Kui ma teen kõike õigesti, saan armastuse, tähelepanu ja austuse, mida väärin.
- Meie perekond on alati ise hakkama saanud.
- Ma lubasin isale, et hoolitsen ema eest, mis ka ei juhtuks.

„Ma ei tee kunagi midagi õigesti,“ või „Ei ole lootustki, et ma leiaksin aega võimlemiseks või jooksmineks,“ on näited negatiivsest sisekõnest, veel ühest potentsiaalsest barjäärist, mis võib põhjustada asjatut ärevust ja muretsemist. Nende asemel proovige positiivseid sisendusi: „Jaani vannitamise saan küll hästi hakkama,“ „Veerand tundi päevas leian ikka, et võimelda.“ Pidage meeles, et teie mõistus usub seda, mida talle räägite. Kuna tugineme oma käitumises mõtetele, uskumustele ja hoiakutele, võivad eelpool näiteks toodud väärarusaamad sundida meid tegema seda, mida pole võimalik

teha ja kontrollima seda, mida ei saa kontrollida. Tulemuseks on süvenev masendus ja läbikukkumise tunne, ning kalduvus isiklike vajadusi ignoreerida. Küsige endalt, mis on see, mis teil enese eest hoolitsemist takistab.

Edasiliikumine

Kui olete enda eest hoolitsemist takistavad barjäärid välja selgitanud, võite alustada enda käitumise muutmist, liikudes edasi samm korraga. Järgnevalt toome ära mõned tõhusad, enese eest hoolitsemist toetavad abinõud:

1.abinõu: Stressi vähendamine

See, kuidas me sündmusi tajume ja neile reageerime, mõjutab suurel määral seda, kuidas me nendega kohaneme ja toime tuleme. Stressi, mida te tunnete, ei tekita ainult olukord, mis teid kui hooldajat ümbritseb, vaid ka see, kuidas te olukorda tajute: kas klaas on teie meelest pooltühi või pooltäis. Tähtis on meeles pidada, et te ei ole oma kogemuste keskel üksi. Teie stressitaset mõjutavad mitmed tegurid, nende hulgas:

- See, kes te hooldate lähedast vabatahtlikult. Kui tunnete, et teil lihtsalt ei olnud muud valikut, kogete suure tõenäosusega pingeid ja stressi ning tunnete vastikust.
- Teie suhted hooldatavaga. Mõnikord hoolitsevad inimesed lähedaste eest lootuses, et see parandab nendevahelist läbisaamist. Kui suhete paranemist ei toimu, tunnete end pettasaanuna ja lööduna.
- Teie toimetulekuoskused. See, kuidas olete stressiga varem toime tulnud, määrab selle, kuidas te praegu stressiga toime tulete. Määratlege enda praegused toimetulekuoskused, et saaksite neid vundamendina kasutada.
- Olukord, kuhu te hooldajana asetatud olete. Mõned olukorrad on stressirohkemad kui teised. Näiteks tekitab dementse vanuri hooldamine rohkem stressi, kui füüsilise puudega inimese abistamine.
- See, kas te saate hooldamisel tuge ja abi.

Sammud stressi haldamisel

Tundke hoiatavad märgid varakult ära. Nendeks võivad olla ärritus, unehäired ja hajameelsus. Teadke oma isiklike ohumärke ja tegutsege olukorra muutmiseks. Ärge oodake, kuni üleväsimus võimust võtab. Tuvastage

stressi allikas, küsige endalt, mis seda põhjustab. Stressiallikateks võivad olla liiga suur kohustustekoorem, pereliikmete vahelised lahkarvamused, abituse tunne või oskamatus „ei“ öelda. Tehke endale selgeks, mida on võimalik muuta ja mida mitte. Pidage meeles, et muuta saame ainult iseennast, mitte teisi inimesi. Kui püüate muuta asju, mis pole teie võimuses, suurendate sellega vaid masendust. Küsige endalt: „Mida ma mõjutada suudan? Mida ma muuta saan?“ Ka väike muutus võib anda märgatavaid tulemusi. Väljakutset, mille ees me omastehooldajaina seisame, annavad väga hästi edasi sõnad, mis pärinevad ühest õhtupalvest (neid on omistatud Ameerika teoloogile Reinhold Niebuhrile): „Jumal, anna mulle meelegi kindlust leppida asjadega, mida ma muuta ei saa; julgust muuta asju, mida ma muuta saan, ning tarkust nende vahel vahet teha.“

Asuge tegutsema. Tegutsemine leevendab stressi, kuna annab tagasi tunde, et meie kontrollime oma elu. Stressi vähendavad ka sellised lihtsad tegevused, nagu jalutuskäik, aiatööd, mediteerimine või kohvijoomine hea sõbra seltsis. Mõelge, millised stressileevendavad tegevused teile kõige paremini sobiksid.

2.abinõu: Eesmärkide püstitamine

Eesmärkide seadmine või otsustamine, mida te lähema kolme või kuue kuu jooksul saavutada tahate, on enese eest hoolitsemisel tähtis tööriist. Mõned näited eesmärkidest, mida võiksite endale seada:

- Võtta hooldamisest puhkust.
- Leida endale abiline, näiteks vannitamisel või toiduvalmistamisel.
- Osavõtt tegevustest, mis aitavad teil end tervema ja energilisemana tunda.

Eesmärgid on tavaliselt liiga suured, et neid ühe ropsuga saavutada. Jõuame oma eesmärkideni suurema tõenäosusega, kui need väiksemateks sammudeks jagame. Kui olete eesmärgi püstitanud, küsige endalt: „Milliseid samme pean astuma, et eesmärgini jõuda?“ Koostage tegevusplaan, otsustage, mis on esimeseks sammuks ja millal te selle astute. Seejärel tehke algust!

Näide (eesmärk ja vajalikud sammud):

Eesmärk: Tunda end tervemana. Võimalikud sammud: Broneerida aeg tervisenäitude kontrollimiseks. Võtta nädala kestel pooltunniseid puhkepause. Teha kolmel päeval nädalast kümneminutilise jalutuskäike.

3.abinõu: Lahenduste otsimine

Keerulistes olukordades lahenduste otsimine on omastehoolajate jaoks mõistagi üks olulisemaid asju. Kui olete probleemi kindlaks teinud, võivad selle lahendamiseks ette võetud sammud muuta nii olukorda, kui teie meeleolu, andes teile rohkem eneseusku.

Sammud lahenduste otsimisel.

Leidke probleem. Vaadeldge olukorda avatud meelega. Tõeline probleem ei pruugi olla see, mis esimesena meenub. Näiteks: teie arvates seisneb probleem selles, et olete kogu aeg väsinud, samas olete veendunud, et „mitte keegi ei oska Jaani eest hoolitseda nii, nagu mina.“ Milles seisneb tegelik probleem? Teie mõttes, et peate kõike üksi tegema. Mõelge erinevatele lahendusvõimalustele. Üks võimalus on läheneda asjale teisest vaatenurgast: „Kui keegi aitab Jaani teisiti kui mina, võib tulemus ikkagi hea olla.“ Paluge sõbralt abi. Uurige kohalikke hooldusvõimalusi ja helistage teenusepakujatele, kes võiksid teile abi osutada. Valige võimaluste nimekirjast üks välja, ja proovige seda! Hinnake tulemusi. Küsige endalt, kas see lahendus toimis. Kui ei, proovige järgmist. Ärge loobuge kohe pärast esimese lahenduse proovimist – mõnikord nõuavad ideed lihtsalt viimistlemist. Kasutage teisi allikaid. Küsige sõpradelt, pereliikmetelt ja spetsialistidelt soovitusi. Kui tundub, et miski ei aita, leppige sellega, et probleemi pole praegu võimalik lahendada, kuid võite hiljem uuesti proovida. Märkus: Sageli juhtub, et hüppame ühelt lahendusteelt teisele, ning leiame end viimaks ummikust. Keskenduge võimalikele lahendustele ja vajalikele sammudele ükshaaval.

4.abinõu: Konstruktivne suhtlemine

Oskus konstruktivselt suhelda on üks omastehoolaja väärtuslikemaid oskusi. Kui suhtlete selgelt, veendunult ja konstruktivselt, võetakse teid kuulda, ning te saate vajalikku tuge. Järgnev lõik kirjeldab peamisi suhtluspõhimõtteid, millest võiks teile abi olla.

Nõuandeid suhtlemiseks

Kasutage pigem „mina“- kui „sina“-sõnumeid. Öeldes pigem „Ma olen vihane“ kui „Sa ajad mind vihaseks,“ võite väljendada oma tundeid teisi süüdistamata ja neid enesekaitsele sundimata. Austage teiste tundeid ja õigusi. Ärge öelge midagi, mis kahjustaks teise inimese õigusi, ärge tehke inimestele meelega haiget. Pidage meeles, et ka teistel on õigus oma tundeid väljendada.

Rääkige selgelt ja täpselt. Ärge kõnelge vihjamisi ega lootke, et kaasvestleja oskaks teie mõtteid lugeda ja ära arvata, mis teil vaja on. Kui räägite otse ja avameelselt, mida te vajate või kuidas te end tunnete, võtate riski, et kaasvestleja ei tule teie palvele vastu või jääb teiega eriarvamusele, kuid sellega te näitate austust kaasinimese arvamuse vastu. Kui mõlemad osapooled räägivad otse ja keerutamata, on suurem tõenäosus teineteisemõistmisele jõuda.

Olge hea kuulaja. Kuulamine on suhtlemisel kõige tähtsam.

5.abinõu: Abi palumine ja vastuvõtmine

Mõlege, kui sageli olete vastanud abipakkumistele: „Aitäh, aga ma saan ise hakkama.“ Paljud omasteholdajad ei oska teiste head tahet suunata, ning on tõrksad abi paluma. Võib olla ei soovi te teisi „koormata“ või tunnistada, et te ei tule ise kõigega toime. Koostage mõttes nimekiri asjadest, millega teised saaksid teid aidata. Näiteks võiks keegi teie hoolealuse korra nädalas jalutama viia, naaber võiks teile poest üht-teist tuua, mõni sugulane aidata teil dokumente vormistada. Kui jagate oma igapäevased tööd-toimetused väiksemateks ülesanneteks, on inimestel lihtsam teid aidata. Ning uskuge, nad soovivad teid aidata. Teie asi on öelda, kuidas. Abi on võimalik saada kogukonnast, pereliikmetelt, sõpradelt ja spetsialistidelt. Pöörduge nende poole. Ärge oodake, kuni olete nii üle koormatud, et teie tervis üles ütleb. Abi otsimine olukorras, kus seda vajatakse, näitab inimese tugevust, mitte nõrkust.

Soovitused abi küsimiseks

Mõelge esmalt selle inimese huvidele ja oskustele, kellelt soovite abi küsida. Kui teie sõbrale meeldib süüa teha, kuid mitte linnatingimustes autot juhtida, siis on mõistlikum paluda teda appi lõunat valmistama, mitte teie eest sisseoste tegema. Pange vastu kiusatusele sama inimest korduvalt appi paluda. Ehk palute sama inimest uuesti sellepärast, et ta ei suuda ei öelda? Valige palve esitamiseks hea aeg. Ajastus on väga

tähtis. Inimene, kes on parasjagu väsinud ja stressis, teile ilmselt appi ei tule – oodake paremat hetke. Koostage äratagemist vajavatest asjadest nimekiri. Laske võimalikul abilisel valida, millega ta aidata saaks ja tahaks.

Valmistuge selleks, et teie abipalvele vastatakse kõhklemise või äraütlemisega. Teie jaoks võib olla häiriv, kui inimene, kelle poole te pöördusite, teid aidata ei saa või ei taha, kuid pikemas plaanis oleks halvem, kui teid aidataks vaid seetõttu, et teid mitte pahandada. Kui inimene kahtleb, öelge lihtsalt: „Mõtles selle üle.“ Ärge võtke isiklikult, kui teie palve tagasi lükatakse. Tagasi lükati ülesanne, mitte teie isik. Kui teile on kusagil ära öeldud, ärge loobuge sellepärast abiotsimisest täielikult. Inimene, kes teile täna ära ütles, võib teid homme rõõmuga aidata. Vältige oma abipalve pehmendamist. „See on küll ainult selline mõte, aga äkki sa vaataksid sel ajal vanaema järele, kui ma kirikusse lähen?“ See palve kõlab selliselt, nagu poleks see teie jaoks kuigi oluline. Kasutage palvete esitamisel minavormi ja oleg konkreetne. „Ma tahaksin pühapäeval kirikusse minna. Kas sa saaksid hommikul kella üheksast kahteistkümneni vanaema järele vaadata?“

6.abinõu: Arstiga nõu pidamine

Lisaks majapidamistöodele, poeskäimisele, vajalike sõitude tegemisele ja lähedase hooldamisele, tegeleb 37% omastehooldajatest (need andmed puudutavad USA-d, Eestis on see näitaja ilmselt suurem, tlk.) hooldatava ravimite, süstimise ja muude meditsiiniliste protseduuridega. Neist omakorda 77% tõid välja, et nad vajaksid ravimite ja raviprotseduuride asjus nõuandeid ja rohkem teadmisi. Inimene, kelle poole tavaliselt nõu saamiseks pöörduti, oli nende perearst.

Ent kui omastehooldajad küsivad arstilt nõu oma lähedase suhtes, keda nad hooldavad, siis enda tervisest, mis on sama tähtis, räägivad nad harva. Partnerlussuhe perearstiga, kes tunneks nii teie kui hooldatava pereliikme tervisevajadusi, on äärmiselt oluline. Vastutus selles partnerluses jaguneb ideaalis teie kui hooldaja, perearsti ja teiste kaasatud tervishoiutöötajate vahel. Paraku juhtub sageli, et omastehooldajal ei õnnestu enda eest seista ja tagada hea suhtlemisoskuse abil olukord, kus kaetud oleksid kõigi, ka tema enda vajadused.

Soovitusi arstiga suhtlemiseks

Valmistage oma küsimused aegsasti ette. Pange kõige tähtsamad probleemid

kirja. Teemad, mida võiksite arstiga arutada, oleksid muutused patsiendi haigussümptomites, ravimid ja tema üldine tervises seisund, teie enda olukord hooldajana, või spetsiifiline abi, mida hooldamisel vajaksite. Arst näeb ainult patsiendi hetkeseisundit. Veenduge, et arst saab aru, millised on teie mured lähedase hooldamisel ja tema tervise suhtes.

Otsige abi ka õdedelt. Paljud hooldamisega seotud küsimused puudutavad pigem põetamist kui ravi. Õde võib vastata erinevaid teste ja uuringuid puudutavatele küsimustele, aidata ette valmistuda kirurgilisteks protseduurideks, abistada hooldustoimingutel ja juhendada ravimite võtmist. Veenduge, et arsti külastamine täitis oma eesmärgi. Näiteks esimene visiidiaeg hommikul, pärast lõunat või päeva viimane visiidiaeg on parimad selleks, et vähendada teie ooteaega ning anda teile võimalus arvukate küsimuste esitamiseks. /---/

Kutsuge keegi kaasa. Kaaslasest võib olla abi ebamugavate küsimuste esitamisel, aga arsti või õe poolt räägitu meelestpidamisel. Kasutage kindlat kõneviisi ja „mina“-sõnumeid. Nimetage kõiki, kes on patsiendi ravimisse ja hooldamisse kaasatud. Rääkige oma vajadustest ja muredest, ning sellest, kuidas arst ja/või õde teid aidata saaksid. Edastage oma mõtteid selgelt ja konkreetselt, näiteks: „Ma sooviksin tema diagnoosi kohta rohkem teada saada, siis ma tean, mida oodata,“ või: „Olen enda tervise unarusse jätnud. Sooviksin enda ja oma abikaasa jaoks ajad kinni panna,“ või: „Ma pean leidma lahenduse oma ema unehäiretele. Olen täiesti kurnatud sellest, et ta mind öösiti iga paari tunni tagant üles äratab.“

7.abinõu: Liikumine

Mõte treeningust või tervisejooksust võib teis tõrksust tekitada, kuigi teate väga hästi, et liikumine on vajalik ja tervislik. Võib-olla mõtlete, et sportides võite endale viga teha, või leiate, et see on ainult noorte jaoks, kes jaksavad joosta ja hüpata. Õnneks on uuringud näidanud, et võite oma füüsilise vastupidavuse, jõu, painduvuse ja tasakaalutunnetuse, või vähemalt osa sellest, säilitada ka lihtsate igapäevaste füüsiliste tegevustega, nagu jalutuskäigud, aiatööd ja koristamine. Eesmärgiks on tõsta füüsilise aktiivsuse tõstmise, kuidas, selleks on mitmeid võimalusi.

Liikumine toob parema une, leevendab pingeid ja depressiooni, lisab erksust ja energiat. Kui liikumiseks on raske aega leida, püüdke sellest teha igapäevarutiini osa. Ehk saab teie hoolealune teiega koos jalutama tulla või venitusharjutusi teha. Võite oma liikumiskava päeva peale väikesteks mõneminutilisteks plokkideks jagada, selle asemel, et korraga

terve tunni treenida. Leidke endale meelepärane liikumisviis.

Jalutamine on üks parimaid ja lihtsamaid liikumisviise, millega alustada. Peale selle, et see on kasulik füüsilisele tervisele, aitab jalutamine psüühilisi pingeid leevendada. Pole viga, kui te ei leia aega pikkadeks jalutuskäikudeks, tähtsam on, et teete seda regulaarselt. Jalutage ümber kvartali, poodi, või lähedalasuvasse parki – üksi või sõbra seltsis.

8.abinõu: Emotsioonidest õppimine

Oskus mõista, millal emotsioonid kontrollivad teid, mitte teie neid, nõuab vaimset tugevust. Meie emotsioonid on sõnumid, mida tasub tähele panna. Nende olemasolul on põhjus. Kui halvad või valusad nad ka poleks, on meie tunded kasulikud tööriistad, ning aitavad mõista, mis meiega toimub. Isegi sellised tunded nagu süütunne, viha ja põlgus sisaldavad olulisi sõnumeid. Õppige neist, ning astuge seejärel vajalikke samme.

Kui te ei suuda enam nautida tegevusi, mis teile varem rõõmu pakkusid ning hingevalu varjutab kõik elumõnud, on aeg otsida abi depressiooni ravimiseks, eriti juhul, kui mõlgutate enesetapumõtteid. Esimeseks sammuks on nõupidamine arstiga.

Lähedase hooldamine tekitab mitmesuguseid emotsioone. Mõned neist on meeldivad, teised kaugeltki mitte. Kui leiate, et teie emotsioonid on väga intensiivseks muutunud, võib see tähendada järgmist:

- Teil tuleb lähedase hooldamises midagi muuta.
- Et te kogete kaotusvalu.
- Et teil on tugev stress.
- Teil tuleb enda ja oma vajaduste peale mõelda.

Kokkuvõtteks

Pidage meeles, et olles omastehooldaja, ei ole enda vajadustele ja soovidele tähelepanu pööramine isekus, vaid oluline osa tööst. Teie vastutate enda heaolu eest. Kasutage enese eest hoolitsemisel järgmisi võtteid:

- Õppige ja kasutage stressileevendavaid tehnikaid, nt. mediteerimine, palvetamine, jooga, Tai Chi.
- Hoolitsege oma isiklike tervisevajaduste eest.
- Puhake piisavalt, toituge õigesti.
- Treenige regulaarselt, kas või 10 minutit päevas.
- Lubage endale puhkehetki, ilma et te end sellepärast süüdi tunneksite.
- Lubage endale meeldivaid vaimukosutavaid tegevusi, näiteks hea raamatu lugemine või soojas vannis mõnulemine.
- Paluge abi ja võtke pakutav abi vastu.
- Küsige vajadusel nõu või vestelge usaldusväärse nõustaja, sõbra või vaimulikuga.
- Märgake ja tunnistage oma tundeid – teil on õigus KÕIGILE neist.
- Muutke negatiivsed vaatenurgad olukordadele positiivsemateks.
- Seadke endale eesmärged. Kõik sõltub teist endast!

EAKATE HOOLDAJAD: VÄLJAKUTSED JA TUGI

Eileen McDonald, nõustamismagister, omastehooldajate konsultant ja koolitaja, Austraalia tantsuteraapia liidu liige, Rahvusvahelise tantsuteraapia instituudi teadur, Austraalia nirkoda55@gmail.com

„Rahvastiku vananemisel muutub järjest tähtsamaks omastehooldajate roll, ning ühes sellega tuleb pöörata suuremat tähelepanu nende healolule ja vajalike tugiteenuste pakkumisele“ (Aggar 2010)

Mitte-elukutseliste hooldajate, kelleks on tavaliselt pereliikmed või sõbrad, olulist osa eakate hoolduses märgatakse ja tunnustatakse üha enam (Carr, Kimberley, Mercieca 2013). /---/

Omastehooldajate stressi ja koormust on küllalt palju uuritud (Cummins jt. 2007; Deekin jt. 2003; Edwards jt. 2008; Austraalia esindajatekoja pere-, kogukonna-, eluaseme- ja noorsooküsimuste komisjon 2009; Savage, Bailey 2004; Schofield jt. 1998; Schultz jt. 2003). Omastehooldajate võimalused ja suhtevõrgustikud on erinevad, ning ühed tulevad lähedase hooldamisega paremini toime kui teised.

Braithwaite (1990) täheldab: „Tihti ei ole füüsilised nõudmised need, mis hooldaja koormat raskendavad, vaid pigem psüühiline koorem ja hooldatava hääbumise pealtnägemisest põhjustatud valu; ettearvamatus, ajanappus, hooldatava sõltumine hooldajast ning valikuvõimaluste vähesus.“ Austraalia sotsiaalteadlased I.D. Cameron, C. Aggar, A.L. Robinson ja S. E. Kurrle (2011) on leidnud, et kuigi paljud omastehooldajad leiavad oma töös rahuldustpakkuvaid aspekte, võib lähedase hooldamisel võetava vastutuse mõju viia nende endi füüsilise ja vaimse tervise halvenemiseni, eriti nende puhul, kes hooldavad dementset eakat. Lähedase hooldamine mõjutab negatiivselt hooldaja tööelu ja hariduse omandamist, rahalist olukorda ja võimalusi ühiskonna- või kogukonna elus osaleda. (Chappell, Dujela 2008). Samas uuringus rõhutatakse omaste hooldamisega hõivatud isikute kindlakstegemise ja nende vajaduste hindamise tähtsust.

Omastehooldajate väljaselgitamine

Paljud omastehooldajad ei räägi oma ülesannetest hooldajana, sest peavad seda pereelu tavaliseks osaks. Enamikes riikides on medtöötajatel, eriti perearstidel, head võimalused eakaid lähisugulasi hooldavate isikute väljaselgitamiseks, nende füüsilise ja vaimse tervise jälgimiseks, ning vajaliku abi pakkumiseks (Guberman jt. 2003). Omastehooldajate õigusi tuleb seadusandlusega kaitsta, ning luua omastehooldusstrateegiaid, mis keskenduksid omastehooldajate vajaduste hindamisele, ning neile vajalike teenuste pakkumisele (Austraalia Tervishoiuministeeriumi dokument „Hooldajad.“ –Department of Health. Carers. 2011).

Eakad hooldajatena

Austraalias 2010. aastal läbi viidud uuringu „Aeg hoolida? Eakate omastehooldajate tervis ja nende tervistavatele tegevustele pühendatud aeg“ (Time to care? Health of informal older carers and time spent on health related activities) käigus leiti, et koguni 96,2 protsenti eakatest omastehooldajatest põdes ise mõnd kroonilist haigust, ning rohkem haigusi ja terviseprobleeme esines neil, kes kurtsid kõige suuremat ajanappust. Kõige halvemad tervisenäitajad olid neil omastehooldajatel, kes pühendasid lähedase hooldamisele ja sellega seotud tegevustele 8,5 – 10 tundi päevas. Need hooldajad veetsid rohkem aega teiste kui enda eest hoolitsedes. Mida kõrgem oli omastehooldaja vastutusekoorem, seda kehvem oli tema tervis. Sealjuures tuleb omastehooldajatel hoolitseda tihti ka teiste pereliikmete eest.

Eakad omastehooldajad võitlevad enda haiguste, stressi ja väsimusega, et üldse suuta lähedase eest hoolitseda (King jt. 2010). Omastehooldajate emotsionaalne koorem, nende stress, ärevus ja depressioon mõjutab otseselt hooldatava seisundit. Lisaks sellele ähvardab eakaid omastehooldajaid kõrge vigastuste tekkerisk ja vaimne ning füüsiline kurnatus. (Aggar, Ronaldson, Cameron 2012)

Omastehooldajate heaolu

Omastehooldajate heaolu-uuringud on näidanud, et üldiselt hindavad nad oma heaolutaset madalaks. Austraalia Heaoluindeksi uurimisrühm (Australian Unity Wellbeing Index survey) leidis 2007. aastal läbi viidud uuringu käigus, et omastehooldajate heaolunäitajad olid „kõige madalamad näitajad üldse, mis suuremaid inimrühmi on iseloomustanud“ (Cummins, Hughes, 2007). Litwin (2007) kommenteerib, et eakate sotsiaalvõrgustikud on ahtad, ning seda eriti juhtudel, kus abivajadus on kõige suurem. Austraalia vaimse tervise nõukogu 2009.aastal koostatud ettekandes „Kaitse eluraskuste eest“ (Adversity to Advocacy), leiti, et pereliikme hooldamise puhul on kõige kurnavamad hüljatuse- ja abituse tunne ning olukord, kus hooldaja enda tervise halvenedes ei leia enda jaoks aega ega võimalusi tuge saada.

Hooldajate vajaduste hindamine ja nende hooldusjuhtumid

Tõenduspõhised kliinilise praktika juhendid soovivad omastehooldamisega tegelevate isikute varajast väljaselgitamist, nende järjepidevat jälgimist ja paindlike sekkumisviiside kohaldamist, vastavalt omastehooldaja eelistustele ja vajadustele. Omastehooldaja vajab suuremat tähelepanu, kui on tekkinud suuremaid muutusi hooldatava või tema enda tervises või elukeskkonnas. Omastehooldaja võib tuge vajada ka hooldatava lähedase hooldekodusse paigutamise või surma järel (Eurofamcare 2006; Family Caregiver Alliance 2002, 2006). Omastehooldaja isiklike ja hooldamisega seotud vajaduste hindamine aitab parandada hooldaja tervist ja heaolu, ning tagada olukorra, kus tugiteenuseid osutatakse õigeaegselt ja sobival kujul (Cameron jt.2011). /---/

Viited

- Aggar C., Ronaldson S., Cameron I. „Reactions to caregiving during an intervention targeting frailty in community living older people.“ *BMC Geriatrics*. 2012, 12: lk. 66.
- Braithwaite V. 1990, „Bound to care,“ Allen & Unwin, North Sydney, NSW.
- Cameron I., Aggar C., Robinson A., Kurrle S. „Assessing and helping carers of older people,“ 2011.
- Cameron I., Aggar C., Robinson A., Kurrle S. „Caregivers to Adults with and without Dementia.“ *Aging Health* 2006;18: lk. 534
- Carr A., Kimberley H., Mercieca M. 2013, „Caring for carers: Evaluation of a support program for carers of people with dementia,“ Brotherhood of St. Lawrence, Fitzroy, Vic.
- Chappell N., Dujela C. „Caregiving: predicting at-risk status.“ *Aging Health* 2008;27: lk. 169-179.
- Cummins R., Hughes J., Tomy A., Gibson A., Woerner J., Lai L. 2007, „Australian Unity Wellbeing Index: 17.1. The wellbeing of Australians – carer health and wellbeing,“ Deakin ülikool, Austraalia omastehoodajate liit (Carers Australia and Australian Unity), Geelong, Victoria.
- Deekin J., Taylor K., Mangan P., Yabroff K., Ingham J. „Care for the caregivers: a review of self-reported instruments developed to measure the burden, needs and quality of life of informal caregivers.“ *Pain Sympt Manage* 2003;26: lk.922
- Austraalia tervishoiuministeeriumi dokument „Hooldajad.“ (Department of Health. Carers,) 2011. www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Carers/index.htm.
- Edwards B., Higgins D., Gray M., Zmijewski N., Kingston M. 2008, „The nature and impact of caring for family members with a disability in Australia,“ Austraalia pereuringute instituudi uuringuraport nr.16 (research report no. 16, Australian Institute of Family Studies) Barton, ACT.
- „Caring for Carers. Eurofamcare. Services for supporting family carers of older dependent people in Europe: characteristics, coverage, and usage— The Trans-European survey report.“ Eurofamcare, toim. Meditsiinilise sotsioloogia instituut (Institute for Medical Sociology), 2006. www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/teusure_web_080215.pdf.
- Austraalia Omastehoodajate liit (Family Caregiver Alliance). „Selected caregiver assessment measures: a resource inventory for practitioners.“ FCA, 2002.
- Austraalia Omastehoodajate liit (Family Caregiver Alliance). „Caregivers count too! A tool kit to help practitioners assess the needs of family caregivers.“ FCA, 2006.
- Guberman N., Nicholas E., Nolan M., Rembicki D., Lundh U., Keefe J. „Impacts on practitioners of using research based carers assessment tools, experiences from UK, Canada and Sweden with insights from Australia,“ *Health Social Care Comm* 2003;11: lk. 345-355.
- Austraalia esindajatekoja pere-, kogukonna-, eluaseme- ja noorsooküsimuste komisjon (House of Representatives Standing Committee on Family, Community, Housing and Youth) 2009, „Who cares...? Report on the Inquiry into Better Support for Carers,“ Austraalia Ühendus, Canberra.
- Jowsey T, McRae I, Gillespie J, Banfield M, Yen L., 2013, „Time to care?“ „Health of informal older carers and time spent on health related activities: an Australian survey,“ *BMC Public Health*, 13 (1), lk.374.
- King, S., Nsiah, J., McDowell, C., and Bellamy J. 2010, „ Care to live or live to care? An insight into the experiences of ageing parent carers,“ lk. 9 ANGLICARE, Sydney piiskopkond.
- Litwin H 2007, „The interpersonal milieu of older people“ Carmel S., Morse C. Torres-Gil F. (toim) koostatud kogumikust: „Lessons on Aging from Three Nations,“ kd. I: „The Art of Aging Well“ (lk.169-184). Amityville, New York: Baywood Publishing Company.
- Austraalia vaimse tervise nõukogu (Mental Health Council

- of Australia) 2009, „Adversity to Advocacy: The Lives and Hopes of Mental Health Carers,“ Canberra.
- Savage S., Bailey S. 2004, „The impact of caring on caregivers' mental health: a review of the literature,“ Australian Health Review, kd. 27, nr. 1, lk. 111–17.
- Schofield, H, Bloch, S, Hermann, H, Murphy, B, Nankervis, J., Singh, B. 1998, „Family caregivers: disability, illness and ageing.“ Allen & Unwin, St Leonards, NSW.
- Schulz R, Beach S. „Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study.“ JAMA 1999; 282:2215-9.
- Zarit S, Femia E, Kim K, Whitlatch C. „The structure of risk factors and outcomes for family caregivers: implications for assessment and treatment.“ Aging Ment Health 2010;14: lk.220-31.



Maailma Vaimse Tervise Föderatsioon:
PO Box 807
Occoquan, VA 22125, USA
info@wfmh.com
www.wfmh.org

**Käesoleva materjali valmimine sai võimalikus
tänu ülemaailmse vaimse tervise päeva sponsoritele:**



KULDSPONSORID

Larry Cimino

Gabriel Ivbijaro

Deborah Wan

HÕBESPONSOR

John Bowis

Ülemaailmne vaimse tervise päev (World Mental Health Day) on
Maailma Vaimse Tervise Föderatsiooni registreeritud kaubamärk.

**Eestis on alates 2013 aastast Maailma Vaimse Tervise Föderatsiooni
partneriks Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsioon, kogumiku
tõlkimist ja levitamist toetas EV Sotsiaalministeerium.**

Tõlkinud OÜ Dictum est