

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool  
tegevusteraapia õppetool

Veera Šmõreitšik

**TEGEVUSTERAPEUDI ROLL ALZHEIMERI TÜÜPI DEMENTSUSEGA EAKA  
TOIMETULEKU TOETAMISEL IGAPÄEVATEGEVUSTES**

Diplomitöö

Tallinn 2012

Olen koostanud käesoleva diplomitöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Diplomitöö autori allkiri.....

Kuupäev „.....“ ..... 2012 a.

Lubatud kaitsmisele

Juhendaja: Karin Lilienberg, M.D. MSc

Kuupäev „.....“ ..... 2012 a.

## KOKKUVÕTE

Veera Šmõreitsik (2012). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, tegevusteraapia õppetool. Tegevusterapeudi roll Alzheimeri tüüpi dementsusega eaka toimetuleku toetamisel igapäevategevustes. Diplomitöö 30 leheküljel, 35 kirjandusallikat.

Töö eesmärk on selgitada tegevusterapeudi rolli Alzheimeri tõvest tingitud dementsusega eaka igapäevategevustega toimetuleku toetamisel.

Töö on kirjutatud kirjanduse ülevaatenähtena. Kirjandusallikatena on kasutatud kaasaegseid teemakohaseid raamatuid, artikleid ja elektroonilist andmebaasi EBSCO. Kirjandusallikad hõlmavad tegevusteraapia, geriaatria ning taastusravi valdkonda. Materjali on kogutud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli raamatukogust, elektroonilistest andmebaasidest EBSCO: MEDLINE. Diplomitöös kasutati 35 kirjandusallikat, nendest 9 eesti keeles ja 26 võõrkeeles.

Diplomitöö olulisemad järeldused:

Dementsus on vanemaelistel kujuneda võiv haigusseisund, mis enamasti aeglaselt progresseerudes, õõnestab intellektuaalseid võimeid. Alzheimeri tüüpi dementsus on tihedalt seotud igapäevaelu tegevustega. Raskused tekivad söömisel, WC toimingutes, riietumisel, pesemisel, liikumisel. Igapäevategevused sõltuvad otseselt inimese Alzheimeri tõve staadiumist.

Tegevusterapeut on pädev hindama Alzheimeri tüüpi dementsusega eaka toimetulekut igapäevategevustega ning andma paremaid soovitusi ja kohandusi sellele isikule ja tema lähedastele, et säilitada ja kompenseerida need oskused, mis aitavad haigel olla võimalikult kaua toimetulev igapäevategevustega kodus.

Kodukohandus suurendab dementsete inimeste toimetulekut, nende tegevusvõime püsib kauem samal tasemel. Sellest tulenevalt peab keskkond olema tuttav, turvaline, lihtsalt käsitletav. See kõik tõstab kliendi iseseisvust ja enesekindlust. Kodu peab olema maksimaalselt ohutu.

Diplomitöö võtmesõnad on: dementsus, Alzheimeri tõbi, igapäevategevused ehk ADL, tegevusterapeut, tegevusteraapia, toimetulek, igapäevaelu tegevused, kohandamine.

## **SUMMARY**

Veera Smoreitsik (2012). Tallinn Health Care College, Chair of Occupational Therapy. The Role of Occupational Therapist with Alzheimer's type Dementia Elderly managing with activities of daily living. Diploma paper in 30 pages, with 35 literature resources used.

The goal of work is the role of occupational therapist with Alzheimer's type Dementia Elderly and prepare a literature review of Alzheimer's disease and managing with these disease at home.

The work is written in literature reviews. Literature resources used in modern books, articles and electronic EBSCO database. Literary sources include occupational therapy, geriatrics, and rehabilitation fields. The material was collected from Tallinn Health Care College Library, EBSCO electronic databases: MEDLINE. In diploma paper used 35 literature sources, including 9 in Estonian and 26 foreign languages.

Diploma paper important conclusions:

Dementia in the elderly is likely to become a medical condition, which usually progresses slowly undermines the intellectual abilities. Alzheimer's type dementia is closely related to everyday activities. Difficulties arise when eating, toilet activities, dressing, bathing, moving. Activities of daily living are directly dependent on the stage of Alzheimer's disease. Occupational therapist is competent to assess the Alzheimer's type dementia, older people living in daily activities and to provide better recommendations and adjustments to the person and their loved ones to retain and compensate for these skills to help patients be active as long as possible coming in daily activities at home.

Home adaptation for people with dementia will increase the home-care, their ability to remain longer at the same level of activity. Consequently, the environment must be familiar, safe, easy to operate. This all raises the client's autonomy and self-confidence. The home must be within the safe.

Diploma paper is written in Estonian. The key words are: dementia, Alzheimer's disease, activities of daily living, or ADL, occupational therapists, occupational therapy, managing, everyday activities, adjustments.

## SISUKORD

KOKKUVÕTE .....	3
SUMMARY .....	4
SISSEJUHATUS .....	6
1. UURIMISTÖÖ METOODIKA .....	9
2. ÜLEVAADE ALZHEIMERI TÕVEST JA DEMENTSUSEST .....	10
2.1. Dementsus.....	10
2.2. Alzheimeri tüüpi dementsus .....	11
2.3. Alzheimeri tõve staadiumid .....	14
3. ALZHEIMERI TÜÜPI DEMENTSUS JA IGAPÄEVATEGEVUSED KODUS .....	16
3.1. Dementsusega inimese toimetulek igapäevategevustega.....	16
3.2. Dementsusega inimene ja hooldaja.....	18
4. TEGEVUSTERAPEUDI ROLL ALZHEIMERI TÜÜPI DEMENTSUSEGA EAKA TOIMETULEKU TOETAMISEL.....	20
4.1. Alzheimeri tõve staadiumid, mille puhul on võimalik teha kodukohandust .....	22
4.2. Kodukohandus Alzheimeri tüüpi dementsuse puhul .....	22
5. ARUTELU .....	26
JÄRELDUSED .....	28
KASUTATUD KIRJANDUS.....	29

## SISSEJUHATUS

Käesoleva diplomitöö teemaks on „Tegevusterapeudi roll Alzheimeri tüüpi dementsusega eaka toimetuleku toetamisel igapäevategevustes”.

Dementsus on enamikul juhtudel aeglane või järkjärguline vaimse võimekuse kaotus, millega kaasnevad kognitiivsed häired ja igapäevane toimetulek väheneb. (Linnamägi 2010: 7, 23). Kõige tavalisem dementsuse tüüp on Alzheimeri tõvest tekkinud dementsus eakatel. (Warhol jt 2004: 59). Maailmas kannatavad dementsuse all 34 miljonit inimest. Üks kümnest inimesest vanuses 65 haigestub dementsusesse. (Gitlin jt 2005: 4).

Eestis võiks teoreetiliselt olla 11000 kuni 15000 dementsusdiagnoosiga inimest. (Linnamägi jt 2000: 20).

2009. aasta ülemaailmse Alzheimeri haiguse raporti andmetel elab maailmas praegu 36 miljonit dementsussündroomiga inimest ning iga 20 aasta tagant see arv peaks kahekordistuma. Prognoositakse, et aastaks 2030 dementsussündroomiga inimeste arv ulatub kuni 66 miljonini ja 2050- aastaks juba 115 miljonini. Dementsuse raviks kulus maailmas aastal 2010 umbes 604 miljardit dollarit ehk rohkem kui 1% maailma sisemajanduse koguproduktist. (Prince jt 2011: 4).

Teema valiku tingis autori isiklik huvi, mis tekkis praktikate käigus. Dementsussündroomiga haigete põhiliseks probleemiks peeti haiglapersonali ja omaste sõnul patsientide halba toimetulekut igapäevategevustega

Töö eesmärk on selgitada tegevusterapeudi roll Alzheimeri tõvest tingitud dementsusega eaka igapäevategevustega toimetuleku toetamisel

### **Eesmärgist lähtuvalt on diplomitöö ülesanded:**

Koostada kirjanduse ülevaade Alzheimeri tõvest ja dementsusest.

Anda ülevaade Alzheimeri tüüpi dementsusega eaka inimese toimetulekust igapäevategevustega.

Selgitada tegevusterapeudi roll Alzheimeri tüüpi dementsusega eaka toimetuleku

soodustamisel igapäevategevustes kodus.

Anda kirjanduse ülevaade igapäevategevustega seotud kodu kohandustest Alzheimeri tüüpi dementsusega kliendile tegevusterapeudi poolt.

Töö on jaotatud nelja ossa. Esimeses osas kirjeldatakse Alzheimeri tõbe ja dementsust. Teises osas kajastatakse Alzheimeri haiguse mõju igapäevategevustele. Kolmandas osas kirjeldatakse tegevusterapeudi rolli Alzheimeri tüüpi dementsusega kliendiga töötamisel ja neljandas osas selgitatakse tegevusterapeudi poolt pakutavaid kohandusi kodus, et soodustada Alzheimeri tüüpi dementsusega eaka toimetulekut.

Võtmesõnad on: dementsus, Alzheimeri tõbi, igapäevategevused ehk ADL (*activities of daily living*), kohandamine, tegevusteraapia, tegevusterapeut, toimetulek, eakas, NINCDS-ADRDA

**Alzheimeri tõbi/ haigus (Alzheimer's disease)** – neurodegeneratiivne haigus, mis hävitab aeglaselt rakke kõige arenenumates aju piirkondades. See on sagedane dementsuse põhjus vanemaealistel. Alzheimeri haiguse diagnoosimise puhul vajavad ka haige lähedased ausat selgitust haiguse kulu ja prognoosi osas. (Kauba jt 2010: 14, Perrin jt 2008: 3).

**Toimetulek** – akt, viis juhtimisest, käsitlemisest, kontrollimisest. Protsess, mille käigus inimesed kohanevad igapäevaelus tekkinud pingeliste olukordadega. (Jacobs jt 2004: 52, 134).

**Tegevusteraapia** - inimese füüsilise ja psüühilise seisundi mõjutamine eesmärgipäraselt valitud tegevuste kaudu, et aidata saavutada parimat võimalikku toimetulekutaset igapäevaelus vajalike tegevuste sooritamisel (Kutsestandard 2011: 6).

**Tegevusterapeut** - on tegevuse ja tegevusvõime spetsialist. Tema töö eesmärgiks on häiritud tegevusvõimega isiku tegevusvõime säilitamine ja edendamine (Kutsestandard 2011: 6).

**Dementsus** - on sündroom, mis enamasti progresseerub aeglaselt, õhnestades intellektuaalseid võimeid. (Linnamägi 2000: 23).

**Igapäevategevused - ADL (*activities of daily living*)** - rutiinsed, korduvad tegevused, mida inimesed sooritavad iga päev. Need jagunevad personaalseteks

enesehooldustegevusteks (P-ADL, mis hõlmab pesemist, isiklikku hügieeni, riietumist, liikumist väljas ja eluruumis, tualeti kasutamist, söömist) ja instrumentaalseteks igapäevategevusteks (I-ADL, mis hõlmab majapidamistöid, toidu valmistamist, poes käimist, teiste eest hoolitsemist (sh lapsed, lemmikloomad), ravimite ja telefoni kasutamist, rahalisi toiminguid jm). Igapäevategevustega toimetulek ja nende jälgimine on vajalik inimese tegevusvõime hindamisel. (Kauba ja Lilienberg 2010: 37).

**Igapäevaelu tegevused** (*daily life activities, everyday activities*) - tegevused, mida inimene sooritab selleks, et võtta osa ja saada rahuldust kõikidest elutahkudest, olla edukas tööl, harrastustes ja peresuhetes. See on üldisem mõiste kui eelkirjeldatud igapäevategevused. See hõlmab ka oma elu eest hoolitsemist, tööd, õppimist, vaba aega ja mängu, enesearendamist, puhkust. (Kauba ja Lilienberg 2010: 37).

**Kohandamine** - on protsess, millega muudetakse igapäevaelu tegevust võimalikult tulemuslikuks, et täita terapeutilist eesmärki ja vältida traumasid. (Radomski jt 2008: 369).

**Eakas** – termin, mis iseloomustab indiviidi hilisaastaid tema elus. Inimene, kes on 65 aastat vana või vanem. (Orimo jt 2006: 149, Jacobs jt 2004: 74).

**NINCDS-ADRDA** - (*National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer Disease and Related Disorders Association*) (Linnamägi jt 2000: 67).

## 1. UURIMISTÖÖ METOODIKA

Käesoleva diplomitöö kirjutamisel on kasutatud kvalitatiivset uurimismeetodit, mis põhineb avaldatud kirjanduse ülevaatel.

Kirjanduse otsimisel kasutati elektroonilistest allikatest Google ja Google Scholar otsingumootoreid ning teadusandmebaasis EBSCO's: MEDLINE avaldatud artikleid. Teemakohaste kirjandusallikate otsingul kasutati Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli raamatukogu.

Inglise keelseteks otsingusõnadeks olid: *dementia, activity of daily living, ADL and Alzheimer's type dementia, environment, home adaptation for people with demntia, home environment, occupational therapy and dementia care, managing with dementia and Alzheimer's disease, Alzheimer's disease stages.*

Eestikeelseteks otsingusõnadeks olid dementsus, Alzheimeri tõbi, kodune keskkond, mäluhäired, tegevusvõime, toimetulek Alzheimeri tõvega, tegevusteraapia ja dementsus, kodukohandus Alzheimeri tõvega inimesele, Alzheimeri tõve staadiumid.

Kirjandusallikate otsingul lähtuti põhimõttest, et materjal oleks usaldusväärne ja tõendus põhine ning teemakohane.

Materjali leidis 98 kirjandusallikat, millest töös kasutati 35. Kasutatud kirjandusallikad olid inglise (26) ja eesti(9) keeles ning nende ilmumisaeg ulatus ajavahemikku 1996-2011.

Diplomitöö valmistamise protsess koosnes mitmest osast.

Esimesena otsustati, millest kirjutada. Siis järgnes teemakohase materjali otsimine. Pärast toimus materjali tõlkimine ja analüüsimine. Lõpuks tegeldi diplomitöö terviku kirjutamisega. Kogu protsess toimus ajavahemikus 20.09.2011 - 23.05.2012. Diplomitöö koostamisel, kirjutamisel ja vormistamisel on lähtunud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli üliõpilastööde koostamise ja vormistamise meetoodilisest juhendist.

## 2. ÜLEVAADE ALZHEIMERI TÕVEST JA DEMENTSUSEST

### 2.1. Dementsus

Järgnevas peatükis käsitletakse dementsust, selle sündroomi mõistet, teket ja levikut ning tuuakse välja selle kõige levinumat põhjust Alzheimeri tõve.

Dementsus on orgaanilisest põhjusest tingitud intellektuaalse võimekuse nõrgenemine, mis piirab sotsiaalset ja ametialast tegevust. (Kunnamo jt 1999: 909-910).

Dementsusse haigestumise sagedus on maailmas suur, iga aastaga kasvab haigestunute arv 4,6 miljoni võrra. Seega dementsusega elavate inimeste arv peaks 20 aastaga kahekordistuma 42,3 miljonilt 2020. aastal 81,1 miljonini 2040. aastal. (Cahill jt 2007:55).

RHK10/1992 Psüühika ja käitumishäirete klassifikatsioon defineerib dementsust kui kroonilist või progresseeruva kulgemisega sündroomi, mille korral on häiritud mitu kõrgemat kortikaalset funktsiooni (sealhulgas mälu ja mõtlemine) - need häired takistavad igapäevaseid toiminguid ja aktiivsust. Kindla diagnoosi püstitamiseks peavad sümptomid olema kestnud vähemalt 6 kuud. Teadvuse seisund ei tohi olla häiritud. (Linnamägi jt 2006: 4-5).

Dementsus on kliiniline sündroom, mida iseloomustab varem normaalse intellektitasemega isikul mitme tunnetusliku ja emotsionaalsete võime kadumine. Tavaliselt ilmneb kirjeldatud sündroom inimese selge teadvuse puhul. (Zaidat jt 2004:50).

Dementsuse diagnostilised kriteeriumid nõuavad mäluhäire esinemist ja häireid vähemalt ühes järgmistest valdkondadest: kõne, otsustusvõime, abstraktne mõtlemine, tegutsemisoskus, konstruktiivne mõtlemine või visuaalne äratundmine. Kirjeldatud defitsiit peab olema küllaldane häirimaks igapäevast elutegevust, tööülesannete täitmist või muud sotsiaalset tegevust. Termin *dementsus* ei sisalda spetsiifilist põhjust, progresseeruvat kulgu ega pöördumatust. Esinemissagedus on umbes 1% 60 aasta vanustel ja see kahekordistub iga 5 aasta tagant, ulatudes 30-50%-ni 85 aasta vanustel. (Zaidat jt 2004: 50-52).

Täiskasvanutel on dementsuse kõige tavalisem põhjus Alzheimeri tõbi (50-60%), seejärel

vaskulaarne dementsus 20% ning umbes 15-20% patsientidel kombineerub vaskulaarne dementsus Alzheimeri tõvega. (Zaidat jt 2004: 52).

## **2.2. Alzheimeri tüüpi dementsus**

Alzheimeri tõbi on neurodegeneratiivne häire, mida iseloomustab mälu kaotus, disorientatsioon, paranoia, hallutsinatsioonid, vägivaldsed muutused käitumises, kaotatud võime lugeda, kirjutada, süüa või kõndida ning lõpuks dementsus. Tavaliselt esineb Alzheimeri tõbi üle 65 aasta vanustel inimestel ning selle tõvel pole kindlaks määratud põhjust ja ravi. (Jacobs jt 2004: 8).

Alzheimeri tõve algus on tavaliselt hiiliv ja aeglaselt progresseeruv. Haigus võib kesta tavaliselt kaks või kolm aastat, vahel ka tunduvalt kauem. Algus võib olla keskmises täiskasvanueas või isegi varem (preseniilse algusega Alzheimeri tõbi).

Juhul, kui dementsus algab enne 65.-70. eluaastat, on perekonnaanamneesis samalaadse dementsuse tendents, kulg ägedam: avalduvad oimu- ja kiirusagara kahjustuse tunnused, sealhulgas düsfaasia ja düspraksia. (Psüühika ja käitumishäirete...1996: V). Düsfaasia on osaline või ka täielik rääkimishäire. (Kauba jt 2010: 26). Düspraksia oma korda tähendab sihipäraste liigutuste sooritamise oskuse häirumine, avaldub rutiinsete tegevuste häirena käimisel, tasakaaluhoidmist nõudval tegevusel (tantsimine, jalgrattasõit), käte koostööhäirena (nt riietumine, kirjutamine), pilgu fikseerimise häirena, rääkimise häirena ja muud.(Kauba jt 2010: 26).

Alzheimeri tüüpi dementsuse hilisema alguse korral on kulg aeglasem ja sellele on iseloomulik kõrgemate kortikaalsete funktsioonide üldisem kahjustus. Suur Alzheimeri tõve oht on ka Downi sündroomiga patsientidel. Nagu teistegi dementsuste, nii ka Alzheimeri tõve korral sõltub diagnoos isiku kognitiivsetest sümptomitest; mäluhäire on neist tavaliselt esimene. Mälufunktsiooni kahjustusele on omane vahetu ja lühimälu häire. Kaugmälu säilib suhteliselt kaua, kuid võrreldes tervete samaealiste inimestega on see siiski häiritud. (Linnamägi jt 2000: 72-73, Psüühika ja käitumishäirete...1996: V).

Alzheimeri haiguse algstaadiumis hakkavad tekkima ka mäluhäired. Need väljenduvad uue informatsiooni omandamise raskustes, st ei suudeta säilitada infot rohkem kui paar minutit. Haiguse arenemisega võime midagi juurde õppida väheneb ning oskus midagi kaugmälust

meelde tuletada hakkab ära kaduma. Mäluhäired viitavad õppimismehhanismide (info omandamine ja säilitamine) kahjustusele. Sellised ajusse kodeerimise häired eristavad, näiteks Alzheimeri tõve puhul esinevat mäluhäiret subkortikaalsetest dementsustest, mille korral kahjustub rohkem meeldetuletamine, st info mälust kättesaamisega seotud funktsioon. (Linnamägi jt 2000: 73).

Arvatakse, et Alzheimeri tõve puhul mälu üks alaliikidest semantiline mälu, kahjustub rohkem kui subkortikaalse dementsuse korral. Semantiline mälu vastutab üldiste teadmiste ja üldmõistete eest. Selle defitsiidi toovad kõige selgemini esile sõnavara ja kõne ladususe ning sõnaseoste testid. Alzheimeri tõve algstaadiumis hakkab semantilise mälu häirete tõttu kaduma võime rääkima võõrkeeltes. Hakatakse keerulisemate võõrsõnade asemel kasutama lihtsamaid. Näiteks sõna "doomino" asemel öeldakse "mäng". (Linnamägi jt 2000: 73, Storey jt: 158).

Mälu halvenemisega seotud sümptomid sõltuvad haiguse staadiumist. Varasemad sümptomid on näiteks nimede unustamine, loetelude meeldetuletuskirjade tegemine, võtab korduvalt sugulastele telefonikõnide võtmine kokkusaamiste unustamine. (Small jt 1997: 3).

Väljakujunenud haiguse korral esinevad aga järgmised sümptomid: nägude unustamine, oskamatus loetelusid ja meeldetuletuskirju kasutada, hiljutiste sündmuste unustamine, võimetus unustamise tõttu kokkulepetest kinni pidada. Hilisemad sümptomid on järgmised: minevikus elamine, perekonnaliikmete mitteäratundmine. (Small jt 1997: 3).

Alates 1984. aastast on Alzheimeri tõve diagnoosimisel kasutatud NINCDS-ADRDA kriteeriume, mis loetlevad põhipunkte, mille järgi võib kindlaks teha, kas Alzheimeri tõbi on kindel, tõenäoline või võimalik. Need kriteeriumid võtavad arvesse kuivõrd on patsiendi sümptomid kooskõlas klassikalise Alzheimeri tõvega. NINCDS-ADRA kriteeriumid on üsna täpsed (0.75-0.96), seega tänapäeval kasutatakse neid üsna tihti haiguse kindlakstegemiseks. (Linnamägi jt 2000: 67, Storey jt 2002: 155). NINCDS-ADRA kriteeriumide kohaselt Alzheimeri tõve diagnoosi toetavad afaasia, agnoosia, apraksia progresseerumine. (Linnamägi jt 2000: 67).

Sellised kognitiivsed häired nagu afaasia, apraksia, disorientatsioon, ruumitaju-, hindamis- ja täitmisevõime häired võivad mõjutata haige igapäevategevusi mitmel moel. Alzheimeri haige ei saa hästi hakkama toiduvalmistamise planeerimisega, rahaasjadega, ravi

võtmisega, telefoni kasutamisega ja liikumisega ilma eksimata tuttavas keskkonnas. Need häired võivad olla esimesed märgid sellest, et inimesel on mida viga. (Small jt 1997: 3, Linnamägi jt 2000: 74).

Samas paljudel inimesetel ei pruugi Alzheimeri tõve alg- ja keskstaadiumi tunnused söömise, vannitamise ja enesehooldamise juures ilmned. Sotsiaalsed oskused võivad säilida heal tasemel ka hilisstaadiumis. (Small jt 1997:3).

Enamasti kõige esimesena muutumine toimub käitumises ja tujus. Ka ruumitaju kaob järkjärgult. (Small jt 1997:3).

Kui algul on raskusi orienteerumisega võõras ümbruses, siis hiljem ei leita enam koduteed ning veel hilisemates staadiumides eksitakse korteri piires. Haiguse hilisemas staadiumis ilmneb käitumishäire agiteeritus ehk erutusseisund. (Linnamägi jt 2000: 75).

Agiteerituse sagedasemad sümptomid on agressiivsus, negativism nii sõnades kui ka tegudes, kriiskamine, vastuhakkamine hooldusprotseduuride ajal ja vandumine. Agiteeritust on tavaliselt seletatud ärevuse, ärrituvuse ja hallutsinatsioonidega. Kõige sagedasemad käitumishäired on seotud isiksuse muutusega: entusiasm kaob, sotsiaalsed vilumused vähenevad, lähedastes suhetes kahaneb soojus. Umbes kolmandik patsientidest muutub pidurdamatuteks, taktituteks ja kohatult impulsiivseteks. (Small jt 1997: 3, Linnamägi jt 2000: 75-76).

Kuigi raskekujulist depressiooni esineb harva, võib 25-50% Alzheimeri tõvega patsientidest esineda depressioonisündroomile iseloomulikke sümptomeid. Iseloomulik on ka patsientide eesmärgipäratu tegevus, näiteks kaldumus ekselda ja soov kogu aeg kuhugi minna, asjades sorida ja neid kiskuda. Haiguse hilisstaadiumides muutub selline tegevus algelisemaks: rõivastest harutatakse niite lahti, seotakse lahti ja kinni sõlmi, kistakse riideid. (Linnamägi jt 2000: 75-76, Small jt 1997: 3).

Sümptomaatika on varieeruv. Igal üksikul juhul on erinev ka see, millised sümptomid põhjustavad kõige rohkem probleeme. (Linnamägi jt 2010: 12-13). Alzheimeri tõve riskifaktorid on enamasti vanus, naissugu, suitsetamine, geneetiline taust, st Alzheimeri tõve ja muu dementsuse esinemine suguvõsas, koljutrauma anamneesis, vähene haridus, madalam palk ja ametiseisund. Alzheimeri tõve patogenees on veel suuremal määral teadmata. (Linnamägi jt 2000: 71, Jalbert 2008: 15).

Alzheimeri tüüpi dementsust seostatakse tihti suurenenud suremusega, kuigi ellujääjate arv erinevates staadiumites varieerub, sõltudes diagnoosimise ajast. (Jalbert 2008: 17). Alzheimeri tõbi võib kesta 2 kuni 20 aastat. Enamik inimesi sureb 8 aasta pärast, tihti kopsupõletikku. (Lohman jt 1998: 225).

### **2.3. Alzheimeri tõve staadiumid**

Alzheimeri tõve staadiumid on juhuslikud, kuna haigust läbitakse väga individuaalselt. Alzheimeri haiguse staadiumid sisaldavad ühiseid haigusmusteid, mille abil saab kindlaks teha Alzheimeri tõve kulgu. (Basic of...2011: 17).

Kuigi Alzheimeri tõbi areneb igal haigestunud erinevalt, jaguneb see siiski viieks staadiumiks. Mõnel juhul kulgeb haigus kiiremini ning staadiumid läbitakse lühema ajaga. (Linnamägi jt 2000: 76).

Kergekujulist dementsust (nimetatakse ka esimeseks staadiumiks) tuleks diagnoosida isikul, kellel esineb raskusi finantsprobleemides ja näiteks keerukamate toitude valmistamisel või oma ravirežiimi jälgimisel. See staadium kestab 1-3 aastat (mõnikord kauem). Esimeses staadiumis esineb inimesel, mälu kaotus (eriti unustatakse need sündmused, mis toimusid hiljuti), tekkivad raskused kompleksete kognitiivsete tegevustega, raskused otsustamis- ja planeerimisvõimega, väheneb tähelepanu ja keskendumisvõime, võime alata tegevust või olla spontaanne. Eelistatakse tuttavat võrgustikku. (Linnamägi jt 2000: 76, Lohman jt 1998: 225).

Mõõduka kahjustuse (teine staadium) korral on isikud võimetud valmistama lihtsamaid toite ning kodu ja aeda korras hoidma. Nad vajavad mõningast abi enesehoolduses (seoses mäluprobleemidega), kuna unustavad tualetti minna või neil pole meeles riietumise detailid. Teine staadium kestab 5-7 aastat (võib olla kauem). Selles staadiumis tekib inimesel krooniline hiljutise mälu kaotus, raskused kirjutamis- ja kõnekeelega. Märgatav on tendents esitada pidevalt küsimusi. Tulevad ette visuaal-ruumilise taju probleemid, topograafiline disorientatsioon. Suurenenud on raskused tuttavate objektide äratundmise ning ülesannete täitmisega. Selliste tunnustega haige vajab, igapäevategevustes kõrvalabi. (Linnamägi jt 2000: 77, Lohman jt 1998: 225).

Juhud, kus vaja läheb märkimisväärset abi söömisel ja isikliku hügieeni järgimisel, kaasa

arvatud kammimine, riietumine, puhtuse pidamine ja tualeti kasutamine, viitavad raskekujulisele dementsusele (kolmas staadium). Raskekujuline dementsus kestab 2-3 aastat, sõltub teistest igapäevategevustest. Säilib võime reageerida tegevustele, millal haigele ulatakse midagi kätte. Selles staadiumis alaneb huvi toidu vastu ning raskused mälumise ja neelamisega. Tekib inkontinentsus, väheneb sõnavara ning inimene hakkab häälitsema, raskeneb tuttavate esemete kindlaksmääramine, häirub kõnnak, suureneb kukkumiste oht. (Linnamägi jt 2000: 77, Lohman jt 1998: 225).

Sügava dementsuse (neljas staadium) korral ei olda enam ümbritsevast teadlikud ja sõltutakse täielikult hooldajatest. See staadium kestab 3 kuud – 1 aasta, tavaliselt inimene on voodis või ratastoolis. Kliendil kaob söögiisu ning tekib tõsine kaalu langus. Haige hakkab rohkem häälitsema, ei ütle enam sõnu välja. Hakkab täielikult sõltuma kõrvalabist. Tekivad võimalikud kontraktuurid ja naha lõhed. Klient suudab veel reageerida muusikale ja puudutustele. (Linnamägi jt 2000: 77, Lohman jt 1998: 225).

Terminaalstaadiumis (viies staadium) on tegemist juba täieliku voodihaigega, kes vajab ööpäevaringselt pidevat abi. Sageli tuleb ette õnnetusjuhtumeid (voodist väljakukkumine) ning tihti on need fataalsed. (Linnamägi jt 2000: 77).

Selleks, et tuvastada, millises staadiumis on klient, võib tegevusterapeut kasutada oma töös mitte ainult vaatlust, vaid ka erinevaid teste. Laialdaselt on kasutusel lühikesed vaimse seisundi standardtestid, nagu vaimse seisundi miniuuring (Mini-Mental Status Examination) ja Blessed'i lühike dementsuskaala (Short Blessed Dementia Scale). (Zaidat jt 2004: 51, Jalbert jt 2008: 20). Samuti kognitiivsete häirete Allen mudel, mis on loodud tegevusteraapia kõikidele kognitiivsetele häiretele, sealhulgas ka dementsus. (Perrin jt 2008: 44).

Kuid olulisem on alguses võimalikult hästi informeerida klienti tema haigusest ning anda esmased juhendid haigusega toimetulekuks. (Grossberg jt 2003: 331).

### **3. ALZHEIMERI TÜÜPI DEMENTSUS JA IGAPÄEVATEGEVUSED KODUS**

#### **3.1. Dementsusega inimese toimetulek igapäevategevustega**

Igapäevategevused (ADL) on tuttavad ülesanded, mis nõuavad mitmekesisest kognitsiooni ja motoorseid protsesse, nagu järjestikulist järjestamist ülesannete osades, objekti valimine, tööriistade kasutamine ja muud tegevused, mis aitavad saavutada praktilist eesmärki. (Jacques 2000: 333, Kauba jt 2010: 37).

Personaalsed igapäevategevused sisaldavad pesemist, isiklikku hügieeni, riietumist, liikumist väljas ja eluruumis, tualeti kasutamist, söömist. Instrumentaalsed igapäevategevused sisaldavad majapidamistöid, toidu valmistamist, poes käimist, teiste eest hoolitsemist, rahaasju, telefoni kasutamist ja muud. (Jacques 2000: 333, Kauba jt 2010: 37).

Igapäevaelu tegevused on väga suure tähtsusega eakatele, kuna need on seotud nende vaba ajaga. Igapäevategevused ja igapäevaelu tegevused on rutiinse lihtsusega tehtavad, kuigi ka tervetel inimestel võivad esineda vead selliste ülesannete täitmisel. Veamäär kasvab eriti siis, kui sellise tegevuse ajal inimene oli väsinud või häiritud. Nende isikute hulgas, kellele esinevad peaaegu kahjustused või haigused, esinevad igapäevategevustes vead palju tihedamini. Selle tulemusena võib olla välistatud tegevuses õige eesmärgi saavutamine. (Giovannetti jt 2007: 448).

Dementsus on tõsiseks probleemiks igapäevaelu tegevustes. Näiteks häired igapäevaelu tegevustes on üheks diagnostika kriteeriumiks Alzheimeri tõve tuvastamiseks. Samuti häired igapäevaelu tegevustes võivad olla väga tõsiste tagajärgedega, sealhulgas depressioon, kinnisele ravile määramine ja surm. (Jacques 2000: 333, Söderback 2009: 57).

Vaatamata häiretele soovitatakse dementsussündroomiga inimestel olla võimalikult aktiivsed igapäevategevustes nii kaua kui võimalik, et säilitada oma praeguseid oskusi. Toimetulek igapäevaelu tegevustega on samuti vajalik dementsusega vanuritel, kes elavad oma kodus. (Nygard jt 2002: 70).

Igapäevategevused muutuvad eriti tähtsaks peale seda, kui enamik inimesi soovib peale

dementsuse diagnoosimist koju jääda Tähtis fakt on see, et paljud inimesed, pole valmis võtma vastu hooldajate abi isegi siis, kui nende häire võib põhjustada kaugeleulatavaid probleeme igapäevaelu toimingutes. Dementsuse varajases arengustaadiumis säilitavad inimesed suhteliselt hästi oma oskusi igapäevaelus tulevate probleemide lahendamisel. (Nygard jt 2002: 70). Dementsusega inimesed pole rumalad, nad on hajameelsed. (Lohman jt 1998: 227).

Dementsusega inimestel alaneb tähelepanu võime ajas. Neil on piiratud võime jälgida käsklusi ning suureneb ajavahemik lihtsamate ülesannete täitmisel. Teised toimetulekuraskused on probleemide järjestamisega, tajumisega ja kehaasendi teadvustamisega.. Suureneb emotsionaalne tundlikkus hirmu suhtes. Tekib paranoia ja ülemäärane reaktsioon keskkonnale, mis võib olla on tõene või ettekujutatud- kõik need nähtused võivad samuti mõjutavad kliendi igapäevategevusi. (Lohman jt 1998: 231).

Vähenenud kognitiivsed võimed ja otsustamisvõime langus kombineeritult mitteteadvustatud taju häirega võib viia inimese mitteturvalisse olukorda. Eakad inimesed võivad sel juhul süüa räpakalt, käia niiskel põrandal, panna jalga vale jalatsi, unustada vajalikke asju (prillid), mitte mägrata tooli või istet, kõrvetada ennast duši all (ei oska külma vee kraani kasutada). (Lohman jt 1998: 231). Dementsusega inimene võib ära unustada töötava elektri- või gaasipliidi-. (Linnamägi jt 2010: 33).

Dementsuse algstaadiumis võib inimesel olla häiritud telefoni kasutamine, tänaval liiklemine, ühissõidukite kasutamine, sisseostude tegemine, toiduvalmistamine, koduste tööde tegemine ning kodu korrashoid, rahaliste arveldustega toimetulek, maksude maksmine, meelisharrastustega tegelemine, iseseisev ravimite võtmine. (Lohman jt 1998: 231, Linnamägi jt 2010: 54).

Hilisstaadiumis on häiritud voodist tõusmine, kõndimine (abiga, abita), riietumine, pesemine, söömine, enese korrashoid (kammimine, habemeajamine, hambapesu), tualeti kasutamine. (Linnamägi jt 2000: 54).

Dementsusel haigetel on uue tehnoloogia nagu mobiiltelefon, arvuti, muusikakeskus kasutamine juba isegi haiguse algstaadiumis raske- mõni kord tekib raskusi ka iseseisvalt äratuskella ja raadioga ümberkäimine. (Nygard jt 2007: 152).

Dementsusega inimesele on tähtis lisaks sisemisele turvatundele ka turvalise ümbruse

loomine- turvatunde puudumine süvendab dementsuse kulgu. Dementsuse süvenedes muutub üha olulisemaks kodu turvalisus. Seda eelkõige seetõttu, et dementsusega inimese toimetulekuvõime halveneb: ta ei pruugi mäletada ühe või teise asja otstarvet ning nii võib juhtuda mitmesuguseid õnnetusi. Õnnetuste ja ebameeldivuste ennetamiseks tuleb kodu kriitilise pilguga üle vaadata. (Linnamägi jt 2010: 39).

### **3.2. Dementsusega inimene ja hooldaja**

Suur osa kodus elavatest dementsusega inimestest vajab isikut, kes hoolitseks nende eest. Kui dementsus hakkab süvenema, siis elu iseseisvana muutub peaaegu võimatuks. Turvaliseks hakkama saamiseks vajab selline inimene hooldajat. Tavaliselt on hooldajateks nimese abikaasa või lapsed (enamasti võtavad hooldaja rolli endale pigem tütreid kui pojad). (Schulz jt 2004: 241).

Hooldaja eesmärk on tavaliselt koostöös dementse inimesega elu kergemaks muutmise. Haiget tuleks hoida nii kaua kui võimalik erksana, tegevustes, liikumises ja mõtlemises, eriti Alzheimeri tõve algstaadiumis. (Linnamägi jt 2010; 67, Schulz jt 2004: 241).

Oluline on dementsusega isiku igapäevane jälgimine, juhendamine ning aitamine igapäevategevustes. Soodustada tuleb ka gapäevast turvatunnet. (Corcoran jt 2002: 84-85, Schulz jt 2004: 241, Linnamägi jt 2010: 14, 67).

Tihti peale täidab hooldaja rolli mitte ainult üks vaid ka mitmed pereliikmed, kelle vahel on hooldamisülesanded jaotatud. Tuleb meeles pidada, et dementsusega inimese eest hoolitsemine nõuab palju aega. Sügava dementsusega inimene vajab enamasti ööpäevaringset hooldust. (Schulz jt 2004: 242).

Hooldaja vastutab rutiinsete tegevuste eest, seda eelkõige Alzheimeri tüüpi dementsusega inimese puhul. Eesmärk on anda hooldealusele võimalikult palju võimetekohast tegevust. Päevaplaan tuleb hoolikalt läbi mõelda. Valitud tegevused peaksid olema vastavuses dementsusega inimese huvide ja tema võimetega. (Linnamägi jt 2010: 67, Gitlin jt 2005: 63).

Vara diagnoositud dementsus ning patsiendi ja tema lähedaste õigeaegne haigusest informeerimine tagab parema toimetuleku haigusega. Hooldajad mõjutavad oma tegevustega dementsusega inimese toimetulekut, seega õigesti hooldatud patsiendil on rohkem võimalusi paremaks dementsuse kulgemiseks. (Steeman jt 2006: 735).

Kõige sagedasem probleem dementsusega isiku hooldamisel on hoolduskoormus. Hooldajal tuleb arvestada suure vaimse ning füüsilise pingega, mis on hooldamisprotsessiga seotud Tihtipeale vale aja planeerimine, dementsusega inimese käitumishäired, vähene sotsiaalne toetus, etniline taust – kõik need faktorid mõjutavad hoolduskoormust. Hooldajal võivad olla ka muud probleemid nagu halb tervis, vähene informeeritus haigusest, hirm hooldamisel, hirm oma turvalisuse pärast ja muud. (Schulz jt 2004: 242, Linnamägi jt 2010: 11-12, Gitlin jt 2005: ).

Hooldataval Alzheimeri tüüpi dementsuse süvenedes, tuleb hooldajal hakkama saada haige selliste nähtustega nagu eksklemine ja asjade peitmine. Sellistel puhkudel tuleb appi tegevusterapeut, kes hooldajat nõustada, kuidas antud olukorras käituda, mida parandada ja kuidas vähendada töökoormust ja vabaneda liigsest emotsionaalsest pingest. (Corcoran jt 2002: 84-86).

#### **4. TEGEVUSTERAPEUDI ROLL ALZHEIMERI TÜÜPI DEMENTSUSEGA EAKA TOIMETULEKU TOETAMISEL**

Selleks, et kindlaks teha, kes on tegevusterapeut ja mis roll on tal Alzheimeri tüüpi dementsusega inimese abistamise juures, on vaja piiritleda tegevuse terminid. Oluline on ka kaardistada tegevusterapeudi peamised ülesanded ning kuidas on antud tegevused Alzheimeri tõve põdeva kliendiga seotud.

Tegevusteraapia aspektist on *tegevus* meetodi liik, mis aitab parandada inimese toimetulekut enesehooldusel, tööl ja vabaajal. Antud tegevused on seotud füüsiliste, vaimste, kognitiivsete ning emotsionaalsete teguritega. Samuti mõjutavad tegevusi inimese hoiakud, motivatsioon, väärtused, huvid, harjumused elukeskkond ja tänapäeva kultuur. (Söderback 2009: 13).

Tegevusteraapias kasutatakse eesmärgipäraseid ja tähendusrikkaid tegevusi selleks, et parandada inimese toimetulekut ja ennetada tervisehäireid. (Söderback 2009: 14).

Tegevusterapeut on kvalifitseeritud spetsialist, kes õpetab perekondadele lisaks vajalikele hooldusoskustele ka dementsusega inimeste hindamist. Lisaks aitab ta mõista, mida dementsusega isik saab teha ja mida tal pole võimelik teha. Tegevusterapeut abistab perel mõista haige prognoositavat igapäevast rutiini ning aitab dementsussündroomiga inimestel olemasolevaid võimeid võimalikult kaua säilitada. (Gitlin jt 2005: 9).

Lisaks kõigele ülalmainitule on tegevusterapeudi ülesanne hinnata inimese potentsiaalset toimetuleku taset igapäeva ning vabaaja tegevustes ning aidata vähendada kliendi probleemset käitumist ja vastuseisu hooldusele. (Warchol 2004: 69, Jacques jt 2000: 360).

Tegevusterapeut kohandab isiku igapäevategevusi, kasutades kognitiivse aktiivsuse analüüsi oskusi ja kaasab inimest sööma, jooma ning tegelema oma isikliku hügieeniga võimalikult vähese abistamisega. (Warchol 2004: 69).

Kindlasti peab tegevusterapeut saama koolitust tegelemaks dementsuse probleemidega Tegevusterapeut peab suutma hinnata inimese psüühilisi ja füüsilisi puudujääke, et teada saada, kas klient on võimeline õigesti kasutama erinevaid vahendeid. Selleks, et tegeleda antud keerulise. (Warchol 2004: 69, Jacques jt 200: 360).

Tegevusteraapia on elukutse, mis võimaldab inimesel taastada, säilitada ja edendada organismi funktsiooni pärast haigust, vigastust või puude olemasolul. Tegevusterapeudi ülesanneteks on inimese tegevusvõime hindamine ning tegevusteraapia läbiviimine vastavalt tema vajadustele kas individuaal- või rühmatööna. Hindamisel ja teraapia läbiviimisel keskendub tegevusterapeut inimese tegevuseeldustele, tegevustervikutele ja tegevuskontekstidele. (Kauba jt 2010: 7).

Tegevusvõimet mõjutavad inimese vanus, arengutase, tervislik seisund, tema eesmärgid ja soovid, elukeskkonna võimalused ja piirangud. Tegevusteraapia suurendab inimestel võimeit osaleda järgmistes tegevustes: igapäevategevustes, tööl, produktiivsetes tegevustes, vaba ajas. (Kauba jt 2010: 7, Miller jt 2000: 86).

Sellest tulenevalt tegevusterapeutid hindavad oma klienti, et aru saada, millised valdkonnad on häiritud ja kus vajatakse terapeutilist sekkumist. Hinnatakse kliendi sensomotoorseid, neuroloogilisi, kognitiivseid, psühhosotsiaalseid tegevusvõimeid. See hinnang on ravi kohandamise aluseks ja on kooskõlas kliendi huvide ja vajadustega. Kui tulemused on teada, siis tegevusterapeut aitab vähendada takistusi igapäevategevustes ning soodustab maksimaalse kaasamise füüsilises keskkonnas. (Miller jt 2000: 86).

Tegevusterapeutid on head spetsialistid dementsete klientidega tegelemisel, kuna on võimelised kohandama tegevusi vastavalt inimese tegevusvõimetele. Tegevusterapeut juhendab kliente ja nende hooldajaid tegevustes, milles saab õigesti kasutada kompenseerivaid strateegiaid ja kohandatud seadmeid. (Miller jt 2000: 86).

Tihti peale hooldajad ja dementsusega inimesed kannatavad depressiooni all. Sellises olukorras tegevusterapeut suudab kohandada kodu keskkonda nii, et hooldajad vabanevad liigsest pingest, vähenevad dementsusega inimeste agitatsiooni ja eksklemise hoo. Tegevusterapeut näitab hooldajale, kuidas paremini tulla toime igapäevaste rutiinidega dementsusega inimese hooldamisel. Näiteks ümbervaadata oma aega ja planeerida teistmoodi oma päevaplaani, et jääks ka vaba aega enda jaoks. (Corcoran jt 2002: 84-85, Schulz jt 2004: 242).

Tegevusterapeut näitab, mida ja millises järjekorras teha. Seletab, kuidas suhelda dementsusega inimesega, see tähendab, et ei räägita valju häälega, vaid rahulikult, selge hääle ja sõnadega. Samuti räägib hooldajale sellest, kuidas ja mida õigesti dementsusega inimese vannitamisel jälgida. Aitab paigaldada esemeid nii, et dementsusega inimesel

poleks enam võimalust peita asju erinevatesse kohtadesse. Näiteks ruumis olevadapid lukustada ning pöörata dementsusega inimese tähelepanu muudele tegevustele. (Corcoran jt 2002: 84).

See näitab, et tegevusterapeutidel on piisavalt pädevust aidata kliendil ja tema hooldajal kohandada oma kodu igapäevategevuste paremaks sooritamiseks.

#### **4.1. Alzheimeri tõve staadiumid, mille puhul on võimalik teha kodukohandust**

Alzheimeri tõbi on enamasti progresseeruv haigus, seega kodukohandusi saab teha vaid esimestes staadiumides, kuni on veel säilinud inimese esmased igapäevategevuste sooritusvõimed. Kodukohandamisel on vajalik soetada endale isikliku abivahendi kaart, mille puhul saab palju soodsamalt osta vajalikke vahendeid. Samuti tuleb meeles pidada, et dementsusega isik vajab hooldajat, kuna üksinda olek ei ole turvaline. (Linnamägi jt 2010: 33-34). Mida varem on tehtud kodukonadus, seda paremini saab Alzheimeri tõvega isik hakkama oma tegevustes. Kohanemine uue keskkonnaga ei võta siis nii palju aega ning tegevuste sooritamisel inimene teeb varasemaga võrreldes vähem vigu. (Giovanetti jt 2007: 448, 455).

#### **4.2. Kodukohandus Alzheimeri tüüpi dementsuse puhul**

Kodukohandust peetakse väiksema kognitiivse funktsiooniga inimestele praktiliseks ja ka teostatavaks. Dementsusega inimeste kodukohanduses on oluline järgida järgmisi aspekte: kohandus peab aitama kompenseerida puuet; suurendama sõltumatust ning parandama isiku identiteeditunnet, samuti peab olema turvaline ja arusaadav. (Grealy 2005 jt: 76-77).

Dementsuse algfaasis saab kodus asetada igale nähtavale pinnale meenutuslipikud, kus on kirjas tähtsamad tegevused, mida klient ei tohi unustada täna ära teha. Erinevad esemed ja pildid stimuleerivad isiku meeli, mis aitab vallandada mälestusi ning soodustada suhtlemist. (May jt 2009: 24). Kodumasinade kasutamiseks tuleb teha selged juhendid. Sahtlitele/kappidele tuleks kleepida nimetused ja pildid – need aitavad meenutada, mis ühes või teises kohas asub.

Peaks nähtavale kohale üles kirjutama suurelt vajalikud telefoninumbrid ja aadressid.

Samuti võiks nähtavale kohale asetada suure kella ja kalenteri. Soovitav on koos kliendiga koostada vajalik päevaplaan, kus on kirjas, mida ja mis ajal teha. Klienti distsiplineerib ka ravimite dosaatori kasutuselevõtmine. Samuti oleks hea soovitada kliendile pidada päevikut, et paremini oma tegevustega toime tulla. (Linnamägi jt 2010: 38-39).

Nimetatud abinõud aitavad kerge dementsusega inimesel toime tulla nii, et ta ei pea pidevalt ühe või teise asja kohta küsimusi esitama. Nende abinõudega õnnestub ennetada millegi otsimisega kaasnedavat paanikat. Küsimine on kliendi jaoks ebamugav ja parema meelega jätkaks ta küsimused küsimata. Ka otsimine on ebamugav ja selle tegevusega võivad kaasnedada asjatud süüdistused ja konfliktid. (Linnamägi jt 2010: 39).

Dementsusega inimesel on raske elada väga suures korteris või majas, kuna tal on häiritud orienteerumisvõime. Seega peab jälgima, et ukseks oleksid kodu erinevad või panna samasugustele ustele erinevad märgistused, et klient paremini orienteeruks. (Grealy jt 2005: 77).

Vannis on dementsussündroomiga inimesel kõige parem kasutada käeshoitavat duššotsikut nii vannis kui ka dušikabiinis. Kindlasti peaks vanniste olema turvaine, st , käepidemete ja vannimattidega. Peab looma sooja ja koduse keskkonna. Nii vannitoa kui ka WC ustelt tuleks lukud ära võtta. Oluline on vannis paigutada ainult need esemed, mida seal kasutatakse ning asetada need õiges kasutamise järjekorras. Soovitav on ruumis paremaks asjade eristamiseks kasutada erksat värvi seepi, švammi ning rätikut. Vajadusel paigutada vannimööblit nii, et klient kasutaks seda toena. (Lohman jt 1998: 232, Linnamägi jt 2010: 39, Gitlin jt 2005: 46).

WCs on vaja kasutada pilte ukse peal, et eristada tualeti teistest ruumidest. WC iste peab olema kontrastse värviga võrreldes selle ruumi põrandaga ja teise mööbliga. Nii vannis kui ka tualetis on hea paigutada käepidemed ja libisemisvastane matt. Mähkmete jaoks on vaja paigutada eraldi kaanega suletav kogumiskast. (Lohman jt 1998: 232, Linnamägi jt 2010: 44).

Raseerimisel on hea kasutada peeglit, kuid mitte sellises olukorras, kui klient ei tunne ennast ära. Turvalisem on kasutada elektrilist raseerijat. Hammaste pesemisel on hea kasutada lastehambaharja. (Lohman jt 1998: 232).

Kodukohandus hõlmab ka seda, et klient peab hakkama saama iseseisvalt riietumisega.

Seega on hea, kui kliendil on riided üks number suuremad ja sobivad kliendi igapäeva eluga. Soovitav on kasutusele võtta puuvillased riided, kuna need ei hoia endas uriini lõhna. Hea on kasutada krõpsudega mugavaid jalatseid. (Lohman jt 1998: 232).

Söömisel on vaja katta lauda nii, et laudlina oleks värviline ja taldrikud valged – nii taldrikud eristuvad laual paremini ja samas toit eristub taldrikul selgemini. Rahulik ümbrus ja kõrvalärritajate (TV, raadio) puudumine aitavad keskenduda söömisele. Sagedased väikesed toidukorrad on enamasti vastuvõetavamad kui kolm suurt toidukorda. Soovitav on kasutada paksendusega söögiriistu, mis püsivad paremini käes. Oluline on rahulik söömisemeelu. Serveerida tuleb toidu portsjonina. Toitu tuleb serveerida koos soustiga ja vältida toidus seemnete, pähklite ja muude kõvade söögiasjade kasutamist. Peab vältima soola ja suhkru liigtarbimist, kuna aastatega halvenevad eakatel magusa ja soola maitsmismeel. Vajadusel peab tegema ruumi ratastooli jaoks, et dementsusega inimene suudaks ka ratastooliga laua juurde jõuda. Tuleks tõsta toit välja ja asetada lauale vaid niipalju, kui vaja. Samuti on kasuks, kui vanuri kõrval söömise ajal istuks keegi juures, et vältida lämbumisohtu. (Linnamägi jt 2010: 43-44, Gitlin 2005: 49).

Dementsuse puhul peab samuti jälgima, et kõik ruumid oleksid kasutatavad kindlateks eesmärkideks. Kõik toad peavad üksteisest eristuma, et kohe oleks näha, mis ruumiga on tegemist. (Grealy jt 2005: 77).

Peab tähelepanu pöörama sellele, et dementsusega isik suudaks orienteeruda ruumis. Eakas inimene peab leidma üles kõik vajaliku. Hea kodu planeering on selline, kus dementsusega inimene saab hakkama ja teda kõik rahuldab. Tuleks soodustada rahulikku ja vaikset keskkonda (Grealy jt 2005: 76-77).

Köögis peab dementsusega inimene ära tundma, et selle koha eesmärk on toiduvalmistamine. Kööki tuleb jätta kliendile kõige harjumuspärasemad esemed. Kraanil peavad olema eristatavad külma ja kuuma vee pooled ning vajadusel külma/kuuma vee reguleerija. Köök peab olema hästi valgustatud, kasutatavad nõud turvalised ja löögikindlad. Toidu valmistamise ajal tuleb jälgida klienti, mitte jätta teda üksinda pliidi juurde. (Grealy jt 2005: 82).

Külaliste toas on hea paigutada lisa sein- ja laelampe, et vähendada koperdamisohtu. Samuti kõik elektrijuhtmed kodumasinatel (nii külaliste toas kui ka teistes ruumides), mida hetkel ei kasutata, tuleb lülitada peakaitsmetest välja. Ohtlikud esemed peab paigutama

silmade ja käte ulatusest turvaliselt eemale. Lahtised ja libisevad vaibad võib eemaldada või kinnitada põrandale nii, et haige neisse jalgadega ei takerduks. Tuleb igalt poolt ustelt lävepakud ära võtta. (Linnamägi jt 2010: 39).

Magamistoas on oluline osa valgustusel, hämar valgustus soodustab uinumist ja nii peab inimene kinni oma päevarütmist. (Linnamägi 2010: 53). Peaks paigutama vähem mööblit ja kindlasti parem on jätta sama mööbel ruumi. Patsiendi voodis tuleb vahetada voodipesu, mis oleks kergesti puhastatav, soe ja mitte libe. Magamistuppa peab paigutama vähem asju, et ära hoida haige inimese liigset segamist. Tuba peab soodustama magama jäämist. (Grealy jt 2005: 80).

Sellised üldised võtted aitavad kognitiivsete häiretega inimestel tunda ennast oma kodus võimalikult hubaselt ja turvaliselt. Samuti soodustavad need inimesel enam-vähem iseseisvat toimimist, hoides maksimaalselt tema tundeid ja säilitades tema orienteerumisvõimeid. (Grealy jt 2005: 76).

## 5. ARUTELU

Antud diplomitöö on teoreetiline kirjanduse ülevaatlilik uurimus. Kirjanduse analüüsimisel selgus, et Alzheimeri tõbi on eakate seas väga laialt levinud. Alzheimeri tõvega vanemate inimeste osakaal on tunduvalt üle poole ning lähiaastatel hakkab suurenema dementsussündroomiga inimeste arv. Kirjanduse põhjal selgus, et haiguse süvenemisel Alzheimeri tõvega eaka toimetulek igapäevategevustega aina halveneb. Peale medikamentoosse ravi saab ka tegevusterapeut aidata patsiendil kohaneda ning säilitada vajalikud oskused toimetulekuks teatud perioodil oma elus.

Tegevusterapeutil on suurt tähtsust toimetuleku küsimustes haige ja tema lähedaste nõustamisel. Ta hindab kliendi tegevusvõimeid ja uurib välja kliendi tegevuseeldusi. Selle põhjal annab parema hinnangu, kuidas Alzheimeri tõvega inimene saab edukamalt oma kodukeskkonnas toime tulla. Alzheimeri tüüpi dementsusega isikul pole mõtet tegeleda oma seisundi taastamisega, kuna dementsussündroom on degeneratiivse loomuga. Selliste klientide puhul saab tegeleda vaid seisundi säilitamisega teatud perioodi jooksul ning enda füüsilise ja sotsiaalse keskkonna kohandamisega, et paremini ning lihtsamalt igapäevaelus toime tulla.

Kodukohandamine on piisavalt tõhus ja sobiv meetod nendele eakatele, kes soovivad maksimaalselt kaua oma kodus iseseisvalt esmaseid igapäevategevusi täita. Kodukohandamisel tuleb alati lähtuda kliendi ja tema hooldajate vajadustest, oskustest ja ootustest. Hästi kohandatud kodu kergendab Alzheimeri tüüpi dementsusega haigete toimetulekut, samuti muutub lihtsamaks nende hooldajate töö, mis vähendab mõlema osapoolle emotsionaalset pinget. Lisaks vähendab õige kodukohandus riski sattuda mõlemal osapoolel ohtlikesse olukordadesse. Tegevusterapeutil on suur tähtsust koduse keskkonna kohandamisel, kuna see on otseselt seotud kliendi vajadustega oma toimetulek piisavalt kaua säilitada.

Diplomitöö käigus kasutati kirjandust nii eesti kui ka inglise keeles. Eestikeelset kirjandust dementsuse kohta on avaldatud suhteliselt palju. Peamine autor, kes kirjutas nii dementsusest kui ka kodukohandusest oli Ü. Linnamägi.

Dementsus on sündroom, mis koosneb paljudest sümptomitest. Antud haigus kahjustab nii lühi- kui ka kaugmälu, kõige enam mõjutab mälu Alzheimeri tõvest tekkinud dementsus.

Enamasti tuleneb sellest haigusest inimese kognitsiooni langus. Alzheimeri tõvega inimestel esinevad tõsised mõtlemishäired, lakkab peaaegu täiesti õppimisvõime, esinevad probleemid ruumis orienteerumisega. Dementsusega kaasnevad ka mittekognitiivsed häired nagu depressioon, ärevus, luulud, ekslemine, käitumishäired. Hilisemas staadiumis kahjustab dementsus ka motoorikat ja tunnetamist.

Alzheimeri tüüpi dementsus on tõusulainel üle maailma. Õigeaegsel sekkumisel kodukohandusi kasutades, saab vähendada dementsuse progresseerumisest tingitud toimetulekuraskusi igapäevategevustes ning sellega võimaldada kauem hakkamasaamist kodus. Linnamägi ja Lohman annavad väga hea ülevaate kognitiivsest langusest dementsuse korral. Lohman toob hästi välja, millised igapäevategevused on häiritud Alzheimeri tõvega isikul ning Linnamägi toob välja, kuidas kõige paremini toime tulla dementsusega inimesega kodus.

Analüüsi käigus tuli välja, et Alzheimeri tõve hilisemas staadiumis kodukohandus ei paranda isiku iseseisvust, sest siis sõltub inimene juba täiesti hooldajast ja vajab kindlasti ööpäevaringset abi. Selles etapis läheb vaja pigem asendravi ja väiksemaid kohandusi toas kliendi paremaks hooldamiseks.

Igapäevategevusi kirjeldati erialastes artiklites, mille autoriteks olid Giovannetti ja Nygard. Nad tõid oma uurimustes välja, kuidas tegevusterapeut võib aidata dementset klienti ja kuidas kodukohandamine mõjutab klientide igapäevaelu.

Vastavalt uurimistöö eesmärgile kirjeldati Alzheimeri tüüpi dementsust, toodi välja peamised häired igapäevategevustes, tehti ülevaade tegevusterapeudi rollist dementsusega klientide puhul ning anti üldiseid nõuandeid kodukohanduseks.

Antud uurimistöös keskenduti sellele, et tuua välja Alzheimeri tõvest tekkinud dementsuse peamised probleemid ja kirjeldada tegevusterapeudi tähtsus dementsuse puhul.

Diplomitööst tulenevad ettepanekud:

Kasutada tööd praktilise materjalina tegevusterapeutide töös dementsete haigetega.

Teha diplomitöö tulemustest ülevaatlik kokkuvõte Eesti Tegevusterapeutide Liidule.

## JÄRELDUSED

Antud töö eesmärgiks oli anda kirjandusülevaade Alzheimeri tõvest ning kodu kohandamisest dementsusega kliendile tegevusterapeudi abiga.

Antud diplomitööst tulenevad järeldused:

Dementsus on vanemaealistel kujuneda võiv haigusseisund, mis enamasti aeglaselt progresseerudes õõnestab intellektuaalseid võimeid. Alzheimeri tõvest tekkinud dementsus mõjutab mälu ja tähelepanu, kuid ei mõjuta teadvust.

Alzheimeri tüüpi dementsus on tihedalt seotud igapäevaelu tegevustega. Dementsus mõjub negatiivselt igapäevategevustele. Selle sündroomiga kaasneb kognitsiooni langus, mis halvendab igapäevategevuste sooritamist. Raskused tekivad söömisel, WC toimingutes, riietumisel, pesemisel, liikumisel. Igapäevategevused sõltuvad otseselt inimese Alzheimeri tõve staadiumist.

Tegevusterapeut on pädev hindama Alzheimeri tüüpi dementsusega eaka toimetulekut igapäevategevustega ning andma paremaid soovitusi ja kohandusi sellele isikule ja tema lähedastele, et säilitada ja kompenseerida need oskused, mis aitavad haigel olla võimalikult kaua toimetulev igapäevategevustega kodus.

Kodukohandus suurendab dementsete inimeste toimetulekut, nende tegevusvõime püsib kauem samal tasemel. Sellest tulenevalt peab keskkond olema tuttav, turvaline, lihtsalt käsitletav. See kõik tõstab kliendi iseseisvust ja enesekindlust. Kodu peab olema maksimaalselt ohutu.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Alzheimer's Association. (2011). Basics of Alzheimer's disease. What it is and what you can do.

[http://www.alz.org/national/documents/brochure\\_basicsofalz\\_low.pdf](http://www.alz.org/national/documents/brochure_basicsofalz_low.pdf) (19.05.2012)

**Cahill, S., Macijauskiene, J., Nygard, A. M., Faulkner, J. P., Hagen, I.** (2007). Technology in dementia care.

<http://www.tara.tcd.ie/bitstream/2262/49835/1/Technology%20in%20dementia%20care.pdf> (12.12.2011).

**Corcoran, M. A., Gitlin, L. N., Levy, L., Erhardt, S., Earland, T. V., Shaw, G., Kearney, P.** (2002). An Occupational Therapy Home-Based Intervention to Address Dementia-Related Problems Identified by Family Caregivers. *Alzheimer's Care Quarterly*, 3 (1): 82-90.

**Giovannetti, T., Bettcher, B. M., Libon, D. J., Brennan, L., Sestito, N., Kessler, R. K.** (2007). Environmental Adaptations Improve Everyday Action Performance in Alzheimer's Disease: Empirical Support From Performance-Based Assessment.

<http://www.temple.edu/cogneurolab/documents/Gio07.pdf> (17.10.2011).

**Gitlin, L. N., Corcoran, M. N.** (2005). Occupational Therapy and Dementia Care. The American Occupational Therapy Association, Inc.

**Gitlin, L. N., Corcoran, M. N.** (2005). Occupational Therapy and Dementia Care. The American Occupational Therapy Association, Inc. [CD-Rom].

**Grealy, J., McMullen, H., Grealy, J.** (2005). Dementia Care. A Practical Photographic Guide. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

**Grossberg, G. T., Desai, A. K.** (2003). Management of Alzheimer's Disease.

<http://webmedia.unmc.edu/alliedhealth/nichols/Alzheimers.pdf> (12.05.2012).

**Jacobs, K., Jacobs, L.** (2004). Quick Reference Dictionary for Occupational Therapy. Fourth Edition. Danvers: SLACK Incorporated.

**Jacques, A., Jackson, G. A.** (2000). Understanding Dementia. Third Edition. New York: Churchill Livingstone.

**Jalbert, J. J., Daielo, A. L., Lapane, K. L.** (2008). Dementia of the Alzheimer Type.

<http://epirev.oxfordjournals.org/content/30/1/15.full.pdf+html> (08.05.2012)

**Kauba, T., Lilienberg, K.,** (2010). Neuroloogia termineid tegevusterapeutidele. Seletav sõnastik e-versioon 1. Tallinn: Tallinna Tervishoiu kõrgkool.

Kutsestandard, Tegevusterapeut III, IV kutsestandard (2011). Tervishoiu ja Sotsiaaltöö Kutsenõukogu.

<http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10087071/lae> (13.05.2012).

**Kunnamo, I., Nyberg, P., Alenius, H., Ellonen, M., Jousimaa, J., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Mäkelä, M., Paakkari, P., Pettersson, T., Pitkälä, K., Saarelma, M., Seppänen, M., Toivanen, A., Varonen, H.** (1999). Üldarsti käsiraamat. 4. täiendatud trükk. Tallinn: Medicina.

**Lausvee, E.** (2004). Teaduselt praktikale. Uurimusi ja arutlusi psühhiaatrilise sotsiaaltöö teemadel. Teadusartiklite kogumikus: Adams, M., Võrk, E., Tamm, T. (2004). Omastehooldusest dementsete inimeste hoolekandes (99-116). Tallinn.

**Linnamägi, Ü., Asser, T.** (2000). Dementsussündroom ja selle põhjused. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

**Linnamägi, Ü., Vahter, L., Jaanson, K., Tomberg, T., Lüüs, S-M., Gross-Paju K., Kreis, A., Toomsoo, T.** (2006). Dementsuste Eesti ravi-, tegevus-, diagnostikajuhend. [http://www.haigekassa.ee/files/est\\_raviasutusele\\_ravijuhendid\\_andmebaas\\_tunnustatud/Dementsuseravijuhend06\\_2.doc](http://www.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/Dementsuseravijuhend06_2.doc) (17.11.2011).

**Linnamägi, Ü., Braschinsky, M., Saks, K., Lääts, E.** (2010). Käsiraamat dementsete haigete hooldajatele. Tallinn.

**Lohman, H., Padilla, R. L., Byers-Connon** (1998). Occupational Therapy with Elders. St. Louis: Mosby, Inc.

**May, H., Edwards, P., Brooker, D.** (2009). Enriched Care Planning for People with Dementia. London: Jessica Kingsley Publishers.

**Miller, P. A., Butin, D.** (2000). The Role of Occupational Therapy in Dementia – C.O.P.E. (Caregiver Options for Practical Experiences). *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15, 86-89.

**Nygaard, L., Öhman, A.** (2002). Managing Changes in Everyday Occupations: The Experience of Persons with Alzheimer's Disease. *OTJR: Occupation, Participation, and Health* 22, 70-81.

**Nygaard, L., Starkhammar, S.** (2007). The use of everyday technology by people with dementia living alone: Mapping out the difficulties. *Aging and Mental Health*, 11(2): 144–155.

**Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi, T., Sawabe, M.** (2006). Reviewing the definition of „elderly”. *Geriatrics & Gerontology International*, 6(3): 149-158.

**Perrin, T., May, H., Anderson, E.** (2008). Wellbeing in Dementia. Second edition. An Occupational Approach for Therapists and Carers. Oxford: Churchill Livingstone.

**Prince, M., Bryce, R., Ferri, C.** (2011). World Alzheimer Report 2011. The benefits of early diagnosis and intervention. <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2011.pdf> (11.05.2012).

Rahvusvaheline haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistiline klassifikatsioon. Kümnes väljaanne. (RHK-10) V peatükk Psüühika- ja käitumishäired. (1996) <http://www.kliinikum.ee/psyhhiatrikliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm> (13.05.2012).

**Radomski, M. V., Trombley, C.A.** (2008). Occupational therapy of physical dysfunction, 6th eds. London: Lippincott Williams& Wilkins.

**Schulz, R., Martire, L. M.,** (2004). Family Caregiving of Persons With Dementia. Prevalence, Health Effects, and Support Strategies.

<http://www.ucsur.pitt.edu/files/schulz/AJGPFamilyCaregiving.pdf> (12.05.2012).

**Small, G. W., Barry, P. V., Buckholtz, P. P., DeKosky, N. S., Ferris, S. T., Finkel, S. H., Gwyther, S. I, Khachaturian, L. P., Lebowitz, Z. S., McRae, B. D., Morris, T. D., Oakley, J. C., Schneider, F., Streim, L. S., Sunderland, J. E., Teri, T., Tune, L. A., Larry, E.** (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society.

[http://www.alz.org/national/documents/brochure\\_diagnostictreatment.pdf](http://www.alz.org/national/documents/brochure_diagnostictreatment.pdf) (12.05.2012).

**Steeman, E., Casterle, B. D., Godderis, J., Grypdonck, M.** (2006). Living with early-stage dementia: a review of qualitative studies.

<https://biblio.ugent.be/input/download?func=downloadFile&fileOid=460535&recordOid=380344> (14.05.2012).

**Storey, E., Slavin, M. J., Kinsella, G. J.** (2002). Patterns of Cognitive Impairment in Alzheimer's Disease: Assessment and Differential Diagnosis

<http://www.bioscience.org/u37153137/gaDTRQo7632rgysaGWQYT64356/2002/v7/e/storey/storey.pdf> (19.05.2012).

**Söderback, I.** (2009). International book Handbook of Occupational Therapy Interventions. New York: Springer Science+BusinessMedia, LLC.

**Warchol, K.** (2004). An Interdisciplinary Dementia Program Model for Long-Term Care. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 20(1): 59-71.

**Zaidat, O., Lerner, A. J.** (2004). Neuroloogia taskuraamat. Tallinn: Medicina.