

Anne Ehasalu

TERVISEDENDUS

Loengukonspekt

Tallinn 2006

TERVISEDENDUS

1.1. Tervise edendamise olemus ja võimalused

Tervise edendamise (ingl k *health promotion*) mõiste võeti kasutusele Kanada tolleaegse tervishoiu- ja sotsiaalministri Marc Lalonde'i raportis valitsusele (1974), milles esimest korda poliitilises kontekstis, tuleviku tervishoiupoliitika aluste formuleerimisel, rõhutati, et elukeskkond ja eluviis mõjustavad tervisenäitajaid rohkem kui meditsiiniteenused. Tõepoolest, vanusele kohandatud suremuse ja haigestumuse vähenemine XIX ja XX sajandil on tulenenud rohkem ühiskondlike olude paranemisest kui meditsiinilisest sekkumisest, mis ka võiks ennustada, et paljud tänapäevagi terviseprobleemidest lahenevad kiiremini käitumisviiside ja keskkonna muutmisel. Lalonde'i raporti nn neli sammast – inimese bioloogia ja selle kaudu väljenduv tervislik seisund, eluviis, elukeskkond ja tervishoiukorraldus – nihutasid esimesena ja viimasena nimetatute kõrvale, neist ettepoolegi, ka kaks seni varju jäänut. Kahtlemata aitaks eluiga pikendada ja elukvaliteeti parendada meditsiini parem rahastamine (mida meie maal tulekski teha), kuid arenenud tööstusmaade kogemus näitab, et kulutused meditsiinipraktikale korreleeruvad suhteliselt halvasti tervisenäitajatega. Silmnähtav paralleel tervisenäitajate ja arstiteaduse arengutaseme vahel on eksitav – arstiabi edenemine on lihtsalt käinud kaasas üldise majandusliku produkti suurenemisega, mis võimaldab tervislikumat ühiskondlikku olundit. Teiselt poolt, ka rahvusliku koguprodukti suurus ühe inimese kohta ei ole absoluutne tervisepotentsiaali näitaja, sest esiteks mõjustab rikkuse suurus tervisenäitajaid tugevasti ja ühemõtteliselt ainult kõige vaesemate maade leeris (kuhu ka Eesti enam ei kuulu), teiseks sõltub rahvastiku tervis rikkuse jaotumisest ja ühiskonna elukorraldusest.

Tervise edendamise ideoloogia kujunemise ning poliitikasse tungimise peamisteks põhjusteks on ühelt poolt 1950-60-ndatel Õhtumaades aset leidnud tehnoloogia ja massikommunikatsiooni arengust tingitud kogukonnastumine, teiselt poolt aga ülemaailmne inflatsioon 1970ndatel, millega kaasnesid kärped sotsiaalses ja meditsiinilise kõrgtehnoloogia arengu piirangud. Eelduste hulka aga võib lugeda rahvatervishoiuasutuste ja tervishoiuprogrammide pikka aega toimunud tegevuse mõju nähtavaks saamise, inimõiguste, naiste õiguste jm liikumiste arengu 1960ndatel, mis nõudsid võimu ja vahendite delegeerimist allapoole, teaduslikult põhjendatud arusaamad, et kroonilised degeneratiivsed haigused sõltuvad eluviisist, samuti tervise aluseks olevate sotsiaalsete, käitumuslike ja pedagoogiliste

nähtuste mõistmise teadusliku baasi tugevdamise ning avalikkuse suureneva pettumuse ja kannatamatuse konventsionaalsete meditsiiniliste lähenemisviiside suhtes.

Ottawa Harta andis 1986. a **tervisedenduse** ühe levinud **määratluse**: Tervisedendus aitab inimestel mõjustada, parandada oma tervist, kontrollida ise oma tervislikku seisundit. Selleks on vaja toetavat keskkonda, kättesaadavat teavet, oskust elada ja võimalust valida tervislik eluviis.

Tervise edendamine – inimese tervist väärtustava ja soodustava käitumise ja elulaadi kujundamine ning tervist toetava elukeskkonna sihipärane arendamine (Eesti Vabariigi Rahvatervise seadus, vastu võetud 14. juunil 1995).

Tanahill'i mudel: tervisedendus on tervise tugevdamine (positiivse tervise suurendamine ja negatiivse tervise vähendamine) terviseõpetuse, ennetuse ja tervisekaitse meetmetega, mis osaliselt kattuvad, kaudu.

Negatiivne tervis – haiguse, häire olemasolu või puudumine.

Positiivne tervis – heaolu ja võimekuse olemasolu või puudumine.

Tervisedenduse eesmärgiks on ka tingimuste muutmine ühiskonnas ja kogukonnas, mis aitaksid inimeste pürgimustele kaasa.

Osa tervist ohustavaid mõjusid tuleb aga jõukusest – ületoitumine, liikumisvaegus (autod), narkootikumide, sõltuvusainete kasutamine ja vägivald.

Iga aastaga suurenevad kulutused rohkem tervisele kui haigusele. Isikut ja tema käitumist mõjustavad suuresti tema motiveeritus ja oskused. Tähtis on ka soodne kultuuriline, sotsiaalne, poliitiline, majanduslik olustik.

1. Iseenda tervise edendamine,
2. Enda eeskuju,
3. Õpetada inimestele tervislikku eluviisi,
4. Informatsiooni edastamine inimestele,
5. Me oleme ise tervisedendamisest teadlikud.

Tervise tugevdamine – üksikisiku tervisevõimaluste elluviimine (positiivne tervis).

Tervise arendamine – ühiskonna tervisevõimaluste realiseerimine.

Tervise kaitsmine – teadaolevate konkreetsete ohtude vähendamine.

Tervise parandamine – halvenenud tervise taastamine (negatiivne tervis).

Tervisekasvatus – tervisele kasulike teadmiste ja tervislike hoiakuteni jõudmine.

Tervise edendamise ideoloogia populariseerimise aluseks saanud Ottawa Harta kirjeldab seda kui protsessi, mis aitab inimestel ise enda tervist tugevdada ning tajuda kontrolli enda tervise üle. Inimeste ja kogukondade võimendamise (ingl k *empowerment*) selleks tagavad toetav keskkond, kättesaadav teave, oskus ennast teostada ja võimalus valida tervislik eluviis. Tervise edendamise varajasel perioodil rõhutati otseselt inimeste ja kogukondade käitumise muutmisele suunatud tegevusi, sageli tavapärase terviseõppe modifitseerimisega nüüdisaegse pedagoogika abil. See on toonud kaasa kriitika mitmest suunast. Paljud programmid on osutunud oodatust vähem tõhusaks, mistõttu on hakatud väitma, nagu saakski tervist edendavate projektide juures hinnata kõike muud peale nende efektiivsuse.

Mis tervise edendamist eristab pelgast tervisekasvatusest, on see, et eesmärk pole mitte lihtsalt rääkida inimestele vajadustest muuta oma eluviisi, vaid tegeldakse ka sotsiaalse, majandusliku ja ökoloogilise olundi muutmisega. Inimestel peab olema võimalik ja seejuures lihtne tervislikult elada.

Tervise edendamise protsess toimib vähemalt **kolmel tasandil**. Traditsiooniline käsitlus räägib üksikisiku, kogukondade ja riigi tasandist, kuid ilmselt on otstarbekas eritleda paikkondlik, regionaalne ja kogukondade tasand.

Üksikisiku tasandil on eesmärkideks vähendada ekspositsiooni terviskahjustavatele mõjuritele ja suunata käitumist tervise tugevdamisele. Siinkohal tuleb rõhutada haiguste ennetamist, mille seoste määratlemine tervise edendamisega tekitab sageli raskusi, kuid mida lihtsuse mõttes võiks vaadelda kui meditsiinipraktikaga seotud tervise edendamist.

Ühiskonna tasandil tuleb arvestada keskkonna, energia, toidu ja põllumajanduse, tervishoiu jm poliitikaga ja seda kujundada. Ühiskonna tasandil mõjustab seadusandlus ka väärtusi.

Üksikisiku ja ühiskonna vahele jäävad **kogukonnad ja regioonid** kui erinevat tüüpi inimkooslused erinevates mänguruumides. Kogukond tähistab inimrühma (geograafiline lähedus – elavad/töötavad lähedal, huvide ja eesmärkide lähedus). Eluviisi saab muuta regionaalsete kogukonna programmide kaudu. On vaja organiseeritud tegevust kogukonna tasandil.

Tervisedendusel on kaks kriteeriumi:

- 1) Riskifaktorikeskne – püütakse mõelda mingi haiguse vm riskifaktorile (suitsetamine). Tuleks välja selgitada, missugustele inimestele see riskifaktor toimib.
- 2) Populatsioonikeskne – püütakse toimida tervele elanikkonnale, sõltumata sellest, kas see riskifaktor kõiki inimesi ohustab.

Riskifaktorikeskne kohasus üksikisikule on suur, populatsioonikesksel piiratud (vt tabel 6).

Tabel 6. Tervisedenduses kasutatavate faktorite kohasus.

	Riskifaktorikeskne	Populatsioonikeskne
Üksikisiku motiveeritus	suur	vähene
Arstide motiveeritus	suur	vähene
Ressursside kasutamise tõhusus	lühiajaline	pikaajaline
Kasu-riski suhe	soodne	vähesoodne
Seire tülikus ja kulukus	suur	puudub
Mõju üksikisikule	palliativne ja ajutine	väike
Mõju populatsioonile	piiratud	suur

WHO järgi on 5 **tervistedendava tegevuse eesmärki**:

1. Parandada võimalusi tervist tugevdada.
2. Arendada tervisele soodsat keskkonda.
3. Tugevdada sotsiaalseid sidemeid ja toetust.
4. Edendada tervisele soodsat käitumist ja kohaseid toimetulemisviise.
5. Täiendada teadmisi ja levitada teavet.

Tervisedenduse allikad:

- Eluteadus;
- Arstiteadus;
- Epidemioloogia;
- Psühholoogia;
- Pedagoogika;
- Sotsioloogia (ühiskonnateadus);
- Informatsiooniteooriad, need, mis puudutavad massimeediat;
- Marketing e turundus.

Probleemid, millega tervisedendus kokku puutub:

- Huvide ristumine – võib tekkida sealt, kus sellele ei mõtle. Näiteks: suitsetamist tuleks piirata. Kui suitsetamine väheneb → väheneb tubakatööstuse kasu → osa inimesi peab lahti laskma → väheneb töökohtade arv.
- Tervisedenduses on oht uppuda poliitikasse.
- Tervisedenduslik tegevus võib suurendada sotsiaalset ebavõrdsust. Jõukamate ühiskonnaklasside tervis on parem kui vaesematel. Parematel ühiskonnakihtidel olevatel inimestel on parem ligipääs informatsioonile. Inimestele on märk juurde pandud, et nad on teistest halvemad.

Tervise edendamise koolkonnad

Tervise edendamise koolkondi on vähemalt viit liiki. **Nihilistlik suund** tõrjub professionaalset sekkumist ja toob nähtavale võimalikke ohte, positiivne programm on pigem inimeste usu kõrvaldamises meditsiiniabisse, et nad tekkivas vaakumis ise oma tervise eest rohkem hoolt kannaks, suurendades kohanemisvõimet elukeskkonnast lähtuvate ohtudega. **Sotsiaalse difusiooni** rõhutajad usuvad ühiskonna arengusse, mis elu-olu edenedes loob võimalused paremaks terviseks – ka neil ei ole üksikutesse sekkumistesse suurt rõhku. **Regulatiivne ideoloogia** peab kõige olulisemaks seadustikku. Paljud probleemid ei ole ilma õigusloome suunamiseta tervisepoliitikale sobivalt tõesti lahendatavad, kuid juriidiliste normide kaudu tervise edendamise tugevate ja nõrkade külgede analüüsimise võimaluse on meile andnud näiteks Gorbatsšovi karskusepoliitika. **Aktivistlik suund** haarab vähemal või rohkemal määral inimesi tegelema otseste tervist mõjustavate projektidega. **Strukturealne tegutsemisviis** loob võrgustiku kõigi sõlmede kindlaksmääratud vastutusala, õiguste ja kohustustega ning vastab ilmselt kõige paremini paljuhüütud lausele „tervise edendamine on interdistsiplinaarne ja intersektoraalne“.

1.2. Massimeedia tervisedenduses

Tervisedenduse eesmärgiks on viia teadmisi paljudele inimestele – massikommunikatsiooni kaudu. Massikommunikatsioon on soov, vajadus üksteisele midagi teatavaks teha. Selleks on erinevad meetodid – raamatud, televisioon, infotehnoloogia, magnetlint, makilint.

Kulutuste efektiivsus – saab korraga teatada paljudele inimestele.

Kandja võib olla:

- Näost-näku kommunikatsioon,
- Ühepoolne vahendatud kommunikatsioon – üks saatja,
- Keskpunktlised informatsioonikandjad (näiteks toidupoe lett sisaldab väga palju informatsiooni – mis seal on, kuidas see on paigutatud).

Sõnumisaajad:

- Üksikisikud – vanus, sugu, materiaalne kindlustatus, kultuuriline tagapõhi. Neid mõjustab sotsiaalne tagapõhi.
- Organisatsiooni poolt kinnistatud rühmad (näiteks töökoht, kool, haigla) – inimene veedab seal suhteliselt palju aega ja/või on seal kindlas rollis.
- Kogukond (näiteks kohalik raadio).

1.3. Kodanikualgatusel põhinev tervise edendamine

Tervise edendamise vahendid rahvatervise seaduse paragrahv 6 alusel on:

- 1) tervisekasvatus ja terviseõpetus haridusprogrammide osana;
- 2) terviseteabe levitamine ja tervislike eluviiside motiveerimine;
- 3) tervistavate teenuste arendamine;
- 4) eluviisi mõjutamine ja käitumisrisiki vähendamine;
- 5) tervistsoodustava elukeskkonna kujundamine.

+ terviseteabe levitamine (1) meedia, üritused, kampaaniad; (2) terviseõpetus, loengud, seminarid, täiendkoolitused; (3) nõustamine üksühele, patsientide koolitamine

+ tervise väärtustamine läbi rahalise motiveerimise – mittesuitsetajatele madalamad kindlustusmaksud, eeskirju mitterikkunutele odavamad autokindlustustariifid jne

+ organisatoorsed (tervisega seotud) muudatused – töökorralduses, juhtimises, töötajatele tervislike eluviiside võimaldamises

+ seadused-määrused (töö juhtivate- ja võtmeisikutega; poliitikutega, omavalitsuste otsustajatega)

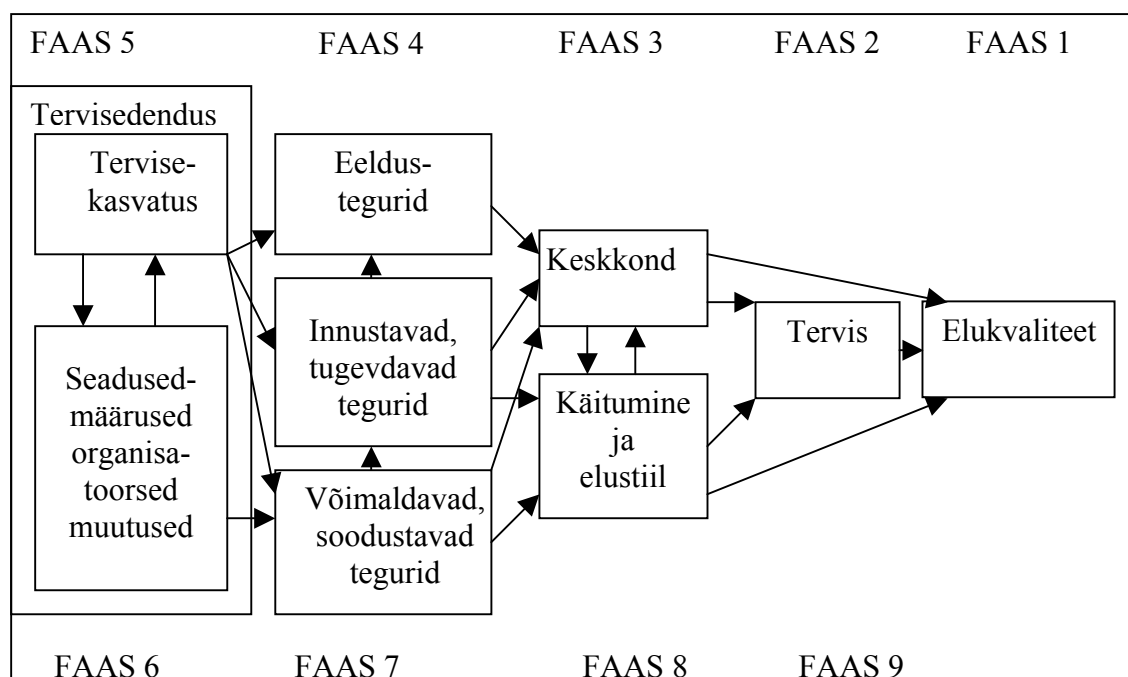
Eesti Haigekassa korraldab kindlustatute tervise edendamist kooskõlas rahvatervise seaduse paragrahviga 21 lõikega 4 kodanikualgatusel põhinevate projektide kaudu.

Eesti Haigekassa poolt rahastatavad tervist edendavad ning haigusi ennetavad tegevused on kooskõlas Eesti riigi rahvatervise valdkonnas määratletud prioriteetidega, pikaajaliste eesmärkide saavutamise ja erinevate organisatsioonide ja riiklike programmide osaga eesmärkide elluviimisel.

Tervist edendavad projektid peavad olema suunatud inimeste teadlikkuse tõstmisele tervislikuma eluviisi saavutamiseks, terviseteenuste arendamisele või tervisliku keskkonna arendamisele ning võivad sisaldada:

- tervisedenduse ja haiguste ennetuse alast koolitust ja nõustamist;
- tervisekasvatuse ja haiguste ennetuse alaste materjalide koostamist ja väljaandmist;
- tervisedenduse kampaaniate korraldamist ja muul viisil teavitamist;
- haigusi ennetava ja tervist edendava tegevuse juhendmaterjalide väljatöötamist;
- terviseteenuste arendamisele suunatud tegevusi;
- tervist edendava keskkonna arendamisele suunatud tegevusi.

1.3.1. Precede-Proceed mudel



Joonis. Precede-Proceed mudel.

Eesmärgid – kelle hulgas peaks muutus toimuma, mis peaks muutuma, kui palju peaks muutuma, millise aja pärast peaks muutus ilmnema.

Faas 1. Üldeesmärk – Tõsta noorte elukvaliteeti.

Faas 2. Tervisega seotud kaugem eesmärk.

Vähendada uute HIV-i nakatunute hulk alla 300 juhu aastas 15 – 29 a Eesti noorte hulgas 2004. aasta lõpuks.

Faas 3. Käitumise ja keskkonna muutmisega seotud põhieesmärgid.

- Aasta 2003 lõpuks suurendada 15 – 29 a noorte hulka, kes alati kasutavad kondoomi 75%-ni.
- Aasta 2003 lõpuks tagada süstlavahetusprogrammi kasutatavus 70%-le süstivatest narkomaanidest.

Faas 4. Käitumise ja keskkonna muutmist soodustavate teguritega seotud alaeesmärgid.

- Aasta 2003 lõpuks suurendada 15 – 29 a noorukite hulka, kes teavad HIV-nakkuse ülekandumise teid ning enda kaitsmise võimalusi 90%-ni.

Faas 5. Meetmed, tegevused.

- Reklaamklipid, rollimudelite propageerimine, oskuste õpetamine, keskkonna muutmine.

1.3.2. Projektide näidised

HIV/AIDSi ennetamise riiklik programm aastateks 2002 – 2006

1. Programmi nimetus:

HIV/AIDSi ennetamise riiklik programm aastateks 2002 – 2006.

2. Alaprogrammid:

Koostatakse koostööpartnerite poolt (Haridusministeerium, Justiitsministeerium, Siseministeerium, Kaitseministeerium, omavalitsused).

3. Vastutav ministeerium:

Sotsiaalministeerium, programmis osalevad täitvad koostööpartnerid: Haridusministeerium, Justiitsministeerium, Siseministeerium, Kaitseministeerium, omavalitsused ning toetavad koostööpartnerid: Kultuuriministeerium, Välisministeerium, Eesti Teaduste Akadeemia, valitsusvälised organisatsioonid.

4. Taust:

Eestis registreeriti esimene HIV-nakkuse juhtum 1988. aastal. 1998. aastal esines 0,1 ja 1999. aastal 0,6 juhtu ning 2000. aastal 27,1 juhtu 100 000 elaniku kohta ehk 390 uut juhtu. 2001. aastal on seisuga 27. detsember registreeritud 1458 HI-viirusega nakatanut. Sugulisel teel levivate haiguste tase omab langustendentsi: 2000. aastal oli haigestumus süüfilisse 38,8 juhtu ja gonorröasse 60,2 juhtu 100 000 elaniku kohta.

5. Programmi vajalikkusele viitavad materjalid:

ÜRO AIDSi teemalise eristungi materjalid, rahvatervise seadus, Maailma Tervishoiuorganisatsiooni ja UNAIDSi soovitusel ja juhendmaterjalid.

6. Põhieesmärk:

- HIV/AIDSi progresseeruv levik on peatatud.
- HIV-nakatanutele on tagatud kvaliteetne viirusevastane ravi ning teiste tervishoiu- ja sotsiaalhooldusteenuste kättesaadavus.

7. Alaeesmärgid:

- HIV/AIDSi ja teiste sugulisel teel levivate haiguste ennetusalane teadlikkus noorte hulgas on oluliselt suurenenud.
- Tõendus põhiste ennetusmeetmetega on vähendatud HIV-ga nakatumist riskirühmadese kuuluvate isikute hulgas.
- Tagatud on teaduspõhine doonorivere, -kudede ja –elundite nakkusohutus.
- Tagatud on nõustamine ja HIV-testimine kõigile soovijatele.
- HIV/AIDSi ennetustegevuse, hoolduse ja ennetusraviga on hõlmatud valdav enamus HIV-positiivsetest isikutest.
- 2003. aastaks on välja töötatud ja käivitatud ministeeriumide ja omavalitsuste HIV/AIDSi ennetamise kavad aastateks 2002 – 2006.

- Korraldatud on HIV-nakkuse leviku epidemioloogiline seire ja analüüs ning HIV/Aidsi ennetamise omavalitsuste tegevuskavade efektiivsuse hindamine.

8. Põhimeetmed, mida programmi täitmise käigus kavatakse kasutusele võtta:

HIV ja STLH leviku ja riskikäitumise seire, kooli tervisekasvatuse õppekavade analüüs ja õpetajate teadlikkuse ning oskuste arendamine, avalikkuse teavitamine, riskirühmadele suunatud ennetustegevus, HIV/AIDS/STLH alane nõustamine ja testimine, HIV/AIDSi kvaliteetse ravisüsteemi korraldamine, meditsiiniliste manipulatsioonide kaudu HIV leviku vältimine.

9. Oodatavad tulemused:

HIV/AIDSi epideemia on tõkestatud 2007. aastaks. Noorte HIV/AIDSi alane teadlikkus on suurenenud ja riskikäitumine on vähenenud.

10. Riskitegurid, mis võivad programmi täitmist takistada:

Jätkuv narkomaania levik, partnerite vähene koostööaktiivsus, lahendamata sotsiaalsed probleemid, tegevuskava alafinantseerimine.

11. Programmi täitmise plaanitav ajakava:

Hõlmab perioodi 2002 – 2006, kus iga-aastased detailsed tegevuskavad vaadatakse läbi ministeeriumis.

12. Programmi täitmise koondeelarve:

13. Riigieelarvest taotletavad vahendid:

Sotsiaalministeeriumi haldusalas – 83 000 000 krooni, sh 2002. aastal – 8 850 000, 2003. aastal – 16 150 000, 2004. aastal – 18 000 000, 2005. aastal – 20 000 000, 2006. aastal – 20 000 000 krooni.

1.5. Kehaline aktiivsus ja kehaline võimekus

Kehaline aktiivsus on skeletilihaste abil teostatud igasugune liigutus, mis kutsub esile energia kulutamise üle rahuloleku taseme. Kogu ööpäevane energiakulu jaotub (1) energiaks, mis on vajalik põhiainevahetuseks – südame, aju, kopsude ja teiste elundite tööks (50-75%), (2) toidu seedimiseks ning kehatemperatuuri säilitamiseks (7-10%) ja (3) kehaliseks aktiivsuseks (umbes 15% või rohkem).

Füsioloogiline aspekt – kui palju inimene energiat kulutab.

Käitumuslik aspekt - milline see käitumine, aktiivsus on.

Kehalise aktiivsuse komponendid (kuidas kehalist aktiivsust iseloomustada) on:

- intensiivsus – ära kulutatud kalorite hulk ühekordse tegevuse juures
- kestvus (ühekordselt) – kui kaua kehaline aktiivsus kestab (trenni kestvus minutites)
- sagedus – mitu korda nädalas/päevas/kuus
- tööd teostanud lihasgrupid – üle keha lihased või piirkondlikud lihasgrupid (suured lihasgrupid kõige olulisemad)

Kehaline harjutus on üks kehalise aktiivsuse osa. Kehaline harjutus võib olla dünaamiline – sel juhul on tegu kogu keha liikumisega või staatiline (isomeetiline) – siis on tegu vaid mõne kehaosa liikumisega.

Kehaline treening on teatud iseloomu, intensiivsuse, kestvuse ja sagedusega kehaliste harjutuste süstemaatiline kasutamine.

Sport on kehakultuuri spetsiifiline vorm. Kõige üldisem spordi tunnus on võistluse olemasolu. Võistlussport on stiimul treenimiseks.

Kehakultuur on üks kultuuri osa, sihipäraselt suunatud.

Tervisesport on kehaliste harjutuste süsteemikindel sooritamine.

Kehaline võimekus on organismi võime sooritada mingit tegevust.

Kehalise võimekuse liigid:

- paindumus – liigeste paindumusvõime
- lihasvastupidavus – võime teostada korduvaid kõrge intensiivsusega lihaskontraktsioone
- lihasjõud – ühe lihaskontraktsiooni maksimaalne jõud
- kiirus – edasiliikumise- ja liikumissuuna muutmine

- aeroobne võimekus ehk kardiorespiratoorne vastupidavus – võime pikka aega teostada mõõduka intensiivsusega suuri lihasgruppe haaravaid kehalisi harjutusi
- anaeroobne võimekus – võime lühiajaliseks maksimaalseks pingutuseks
- keha koostis – keha rasvkoe hulk (g) ja osahulk (%) kehamassist
- tasakaal – koordineeritud liigutused, asendi säilitamine

Tervisega seotud kehaline võimekus

- Neuromuskulaarne võimekus – koosneb painduvusest, lihasjõust, lihasvastupidavusest.
- Aeroobne võimekus – olulised on süda, kopsud, veresooned (hapniku transport).
- Keha koostis – keha rasvasisaldus on suur, siis on rohkem terviseprobleeme.
- Tasakaal

Tervisega mitteseotud kehaline võimekus

- Kiirus
- Anaeroobne võimekus

Kehalise aktiivsuse olulisus täiskasvanute tervisele

Uuringud täiskasvanutel on näidanud, et kehaliselt aktiivsemad ja võimekamad inimesed haigestuvad mitmetesse kroonilistesse haigustesse oluliselt harvemini kui kehaliselt vähem aktiivsed. Need haigused on aterosklerootilised südame- ja veresoontehaigused, kõrgvererõhktõbi, jämesoolevähk, insuliinist mittesõltuv suhkurtõbi, rasvumine, luude hõrenemine, vigastused, mis on tingitud kukkumisest, depressioon.

Regulaarne kehaline aktiivsus....

....ja/või heal tasemel kardiovaskulaarne võimekus vähendab suremust südame- ja veresoontehaigustesse (südamelihasepuudulikkus ja infarkt, ajuinsult).

....hoiab ära või lükkab edasi kõrgvererõhktõve kujunemist ning alandab hüpertensiooniga inimestel vererõhku.

....on seotud jämesoolevähi esinemisriski vähenemisega.

....vähendab insuliinist mittesõltuva suhkruhaiguse tekkimise riski.

....on vajalik normaalse lihasjõu, liigete struktuuri ja funktsiooni säilitamiseks ning võib olla kasulik liigestepõletikega patsientidele.

...ja lihasjõu harjutused aitavad vanemaealistel säilitada oma eluga ise toimetulemist ning vähendada kukkumiseriski.

....soodustab energia tarbimise ja kulutamise tasakaalus hoidmist, vähendades nii rasvumiseohtu ning mõjutades keha rasvkoe paiknemist soodsamas suunas (vähendab liigse rasvkoe kogunemist talje piirkonda).

....mahendab depressiivsust ja ärevust ning parandab meeleolu.

....võib vähendada depressiooni kujunemise riski.

....parandab tervisega seotud elukvaliteeti, suurendades psühhosotsiaalset heaolu ja kehalisi funktsioone eriti just halva tervisega inimestel.

Kehaliselt aktiivsematel täiskasvanutel on üldine suremus ja suremus eeltoodud kroonilistesse haigustesse oluliselt madalam kui samavanustel kehaliselt väheaktiivsetel täiskasvanute.

Kehalise aktiivsuse olulisus laste ja noorukite tervisele

Lastel ülaltoodud kroonilisi haigusi praktiliselt ei esine, seetõttu ei saa me neid nimetatud haiguste olemasolu või puudumise alusel kehalise aktiivsuse efekte lapse tervisele kirjeldada. Samuti ei mõjuta kehaline aktiivsus lapseas suremust. Kehalise aktiivsuse soodsat mõju lapse tervisele on uuritud seoses selle mõjumisega kasvamisele, arenemisele ja küpsemisele, aga ka nende riskitegurite esinemisele, mis põhjustavad krooniliste haiguste kujunemist täiskasvanueas.

Mõõdukas regulaarne kehaline aktiivsus lapseas...

....mis on seotud jõupingutustega ning millele lisandub piisav kaltsiumi hulk toidus, on esmatähtis normaalse luustiku kujunemiseks ning oluline suurema luukoe tippmassi (suurim luukoe mass, saavutatakse 20-ndate eluaastate alul, kui luustik on täielikult luustunud) saavutamiseks ja säilitamiseks noortel täiskasvanutel.

....soodustab luude kasvamist pikkusesse. Väga suure intensiivsusega jõuharjutused soodustavad luude kasvu laiusesse ja võivad pikkuskasvu pidurdada. Koos pikkuse kasvamise soodustamisega arendab kehaline aktiivsus ka kehalist võimekust, seetõttu on kehaliselt aktiivsed teismelised oma liigutustes osavad ja ei muutu kohmakateks nagu liiga kiiresti pikaks sirgunud väheaktiivsed noorukid.

....soodustab sirgete jalgade kujunemist (X- ja O-jalgadest vabanemist) ja normaalsete põlvalvõlvide kujunemist (lampjalgsuse ennetamine ja ravi). Jalgadele ja põlvalvõlvidele on kehalisel aktiivsusel suurim mõju eelkoolieas.

...ja imikueas soodustab ilusa, sirge rühi kujunemiseks vajalike lihaste arendamist.

....ei kiirenda ega aeglusta oluliselt sugulist küpsemist.

....soodustab lihaskoe arengut ja lihasjõu suurenemist. Eriti ilmeks saab vastavate kehaliste harjutuste mõju lihasjõu suurenemisele sugulise küpsemise ajal ja selle järgsel perioodil.

....suurendab kardiorespiiratoorset võimekust ehk võimet pikka aega teostada mõõduka kuni suure intensiivsusega kehalist tegevust (näiteks pikamaajooksu).

....arendab ka teisi kehalise võimekuse liike nagu painduvus, lihasvastupidavus, kiirus, tasakaal.

aitab kaasa rasvkoe hulga vähendamisele ülekaalulistel lastel, ja seega on abiks tervisliku kehakaalu saavutamisel ja säilitamisel.

....võib alandada vererõhku kõrge vererõhuga noorukitel.

....võib suurendada rasvunud lastel suure tihedusega lipoproteiinide hulka veres.

....parandab meeleolu, vähendab kurvameelsust ja ülemäära stressi.

....on seotud parema õppe edukusega.

Kõige olulisem lapse kehalise aktiivsuse juures on see, et lastes kujuneb välja harjumus olla kehaliselt aktiivne ja seda nautida, harjumus sportida, usk oma kehalistesse võimetele, vajadus pallimängude, ujumise, suusatamise, uisutamise jne järele. Sel moel on võimalik kujundada välja kehaliselt aktiivne eluviis ka edaspidiseks eluks.

Kehalist aktiivsust määravad tegurid

Kehalist aktiivsust määravad paljud tegurid, mille mõju tugevus varieerub erinevates vanus- ning arenguperioodides. Oletatakse, et tegurite vahel eksisteerivad koosmõjud, kuid neid on veel väga vähe uuritud ja kirjeldatud. Enamus teguritest on leitud ristlääbilõikeliste uuringutega, seega saab hinnata korrelatiivse, aga mitte põhjusliku seose olemasolu. Sageli on tegurite jagamine gruppidesse tinglik, sama tegurit sobib liigitada mitmesse gruppi.

A. Individuaalsed muutuvad tegurid: sugu; kronoloogiline ja bioloogiline vanus; geneetiline eripära; liikumisaparaadi arengukiirus ja arenguaste; isiksuseomadused (on osaliselt muutuvad); krooniliste haiguste/puuetega olemasolu jne.

B. Individuaalsed muutuvad tegurid: kehamass ja rasvkoe osahulk; kehaline võimekus; teadmised kehalise aktiivsuse soodsast toimest tervisele ja informeeritus kehalise aktiivsuse harrastamise võimalustest; suhtumine kehaliselt aktiivsesse eluviisi ja usk liikumise soodsasse toimesse; kavatsused muuta oma eluviisi kehaliselt aktiivsemaks; isikliku eeskuju ja rollimudelite olemasolu; motiveeritus ja oskused kehalise aktiivsusega tegelemiseks; enesetõhusus; tajutud ja tegelike barjääride olemasolu sh ajapuudus jne.

- C. Sotsiaal- majanduslikud tegurid: rahvuslikud ja kultuurilised eripärad; elukoht; lapsevanemate elukutse; tööhõive ja haridustase; perekonna sissetulek ja sporditarvete soetamise võimalikkus jne.
- D. Vahetult ümbritsevast keskkonnast pärit tegurid: perekondlikud harjumused; sportimisvahendite olemasolu; sotsiaalne, perekonna ja lähedaste tugi; lähedaste poolne innustamine olema kehaliselt aktiivne(sem); liikumise/sportimise võimalused, nende kättesaadavus; kliima, aastaaeg, nädalapäev; teiste, kehalist liikumist mittenõudvate tegevuste ja huvialade olemasolu jne.
- E. Varasema liikumis(aktiivsuse) kogemus. Teadmine, et liikumise-sportimisega tullakse edukalt toime ja et see tegevus on mõnus.

Kehalise aktiivsuse mõõtmine

Kehalise aktiivsuse mõõtmise meetodid:

- küsimustikud ja intervjuud – töö, vaba aeg. Kui sageli, millised lihasgrupid, intensiivsus, kui kaua kestab.
- sagedusküsimustikud – näiteks kui sageli teeb treeninguid 20 minutit järjest nädalas.
- päevikud – üles kirjutada järjest, mida päevas tehakse.
- ajalõikude kaupa raporteerimine – ajalõik, mida sel ajal tehti.
- “ekspertide” hinnangud – lastel, koolilastel. Ekspertiks õpetaja, kes ütleb, kas laps on kehaliselt aktiivne või mitteaktiivne.
- klassifitseerimine tööiseloому järgi – vastavalt kehalisele tööle (kontoritöö, kraavikaevaja jm).
- jälgimine – uurija, kes jälgib, mida inimene teeb. Ka filmides, video abil.
- liigutuste lugejad – sammumõõtjad (mehhaanilised, elektroonilised) – mõõdavad alakeha liigutusi. Abaluude külge kinnitatud, võõle kinnitatavad – Caltrac.
- südame löögisageduse monitooring (registreerimine) – sporttestrid, ümber rindkere, käe peal on kell.
- märgistatud raske vee isotoopidega – hinnatakse ainevahetusprotsesse organismis. Korjatakse uriini, sülge – kui palju isotoope sisaldab.
- kaudsete näitajate alusel – kui palju inimene inaktiivne on.

Milleks kehaline tegevus?

Inimese keha rakkudele, kudedele ja elunditele on omane ulatuslik ehituse ja talitluse plastilisus ja kohanemisvõime mitmesuguste ärritajate, keskkondade ja eluviiside mõju alla sattumisel. Ollakse üksmeelsel arvamusel, et inimese keha optimaalseks funktsioneerimiseks on ülivajalik regulaarne kehaline tegevus. On ka selge, et mitmesugused välised tegurid nagu toitumine, suitsetamine, liikumisharjumused ja töö eripära peegelduvad haigestumuse ja suremuse statistilistes näitajates, eriti ilmekalt vanemaealiste inimeste osas. Sellest lähtumisel on üllatav, et nii paljud inimesed seavad end “vabatahtlikult” paljude riskifaktorite mõju alla. Vananemine on paratamatult seotud maksimaalse hapnikutarbimise ja lihasjäõudluse vähenemisega, s.t kehalise valmiduse (*fitness*) vähenemisega. Koormustaluvuse vähenemise tagajärjel elab palju ja üha rohkem vanureid allpool enda kehaliste võimete läve või just piiri peal, mistõttu tühinegi ajutine nakkus lööb nad täiesti rivist välja. Regulaarne kehaline tegevus võib hõlpsasti parandada organismi funktsioone, mis on vanemas eas kehalise valmiduse jaoks olulised. Kohanemine regulaarse kehalise tegevusega aitab säilitada rakkude sisekeskkonda ja vähendab väsimuse mõju, niisiis suurendades saavutusvõimet ja energia kasutamise tõhusust ning parandades elukvaliteeti.

Igapäevase kehalise tegevuse füsioloogilised-meditiinilised efektid on:

- maksimaalse hapnikutarbimise ja südame minutimahu suurenemine
- väiksem südame löögisagedus mingi hapnikutarbimise määra (töötempo) juures
- vererõhu alanemine
- südamelihaste efektiivsuse suurenemine
- südamehaigustesse haigestumise ja suremuse vähenemine
- kapillaaride tiheduse suurenemine skeletilihastes
- väiksem laktaadi produktsioon mingi hapnikutarbimise määra juures
- väiksem koormusetajumus mingi hapnikutarbimise määra juures
- suurenenud võime kasutada vabu rasvhappeid kehalise tegevuse puhul ainevahetuses – see aitab säästa glükogeeni
- suurenenud vastupidavus kehalisele koormusele
- ainevahetuse kiirenemine – kasulik toitumise aspektist
- rasvumise takistumine
- suurenenud suure tihedusega lipoproteiinide (HDL) ja vähenenud väikese tihedusega lipoproteiinide (LDL) sisaldus veres
- sidemete, kõõluste ja liigeste ehituse ja talitluse paranemine

- lihaste suurenenud jõud
- osteoporoosi takistumine
- tasakaalu paranemine
- endorfiinide tekkimise suurenemine
- lihaste innervatsiooni paranenud taastumine (?)
- suurenenud vastupidavus palavuses – higierituse suurenemine
- vereliistakute agregatsiooni vähenemine (?)
- glükoositaluvuse paranemine
- hapniku vabade radikaalide inaktiveerimise kiirendamine
- mõnede pahaloomuliste kasvajate (näiteks jämesoolevähk) esinemuse vähenemine (vt tabel 11)

Tabel 11. Kehalise aktiivsuse organismile mõjumise füsioloogilised, psühholoogilised ja biokeemilised alused (teadaolevad ja oletatavad).

Erinevate organsüsteemide funktsioonid, mida on võimalik parandada (suurendada) kehalise aktiivsuse abil	Soodne efekt tervisele tänu paranenud (suurenenud) funktsioonile
<p>1. <u>Kardiovaskulaarse süsteemi funktsioon</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • paraneb müokardi jõudlus (funktsioneerimine on efektiivsem) • suureneb müokardi elektriline stabiilsus • toimub arteriaalse vererõhu reguleerumine (vererõhk alaneb) 	<ul style="list-style-type: none"> • väheneb vanuse ja krooniliste haiguste (s.h aterosklerootiliste südame ja veresoonte haiguste) mõju tervislikule seisundile ja enesetundele • väheneb oht südamearütmiate ja äkksurma tekkeks • arteriaalne vererõhk alaneb vähese kuni mõõduka hüpertoonia korral • vanusest tingitud vererõhu tõus jääb väiksemaks
<p>2. <u>Skeletilihaste funktsioon</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • suureneb lihaste metaboolne võimekus, toitainetega varustus, kontraktiilsus • suureneb lihasjõud • suureneb lihaste vastupidavus ja väheneb lihasväsimus 	<ul style="list-style-type: none"> • väheneb vanuse ja krooniliste haiguste mõju kehaliseks tegevuseks vajalikule (reserv)võimekusele • vigastuste tekkimise oht väheneb • väheneb (erineval määral) krooniliste lihashaiguste mõju lihaste funktsioonile

<p>3. <u>Kõõlused ja sidekoed</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • suureneb kõõluste tugevus, seega suureneb liigeste stabiilsus • paraneb sidekudede tugifunktsioon 	<ul style="list-style-type: none"> • väheneb vigastuste tekkimise oht, eriti alates vanemast keskeast • väheneb (erineval määral) krooniliste lihashaiguste mõju kõõluste funktsioonile
<p>4. <u>Skelett</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • võimaldab suurema luukoe tippmassi saavutamist • soodustab luukoe massi säilumist • soodustab luukoe struktuuri reguleerumist (kohanemist kehalisele koormusele) 	<ul style="list-style-type: none"> • väheneb oht osteoporoosi ja luumurdude tekkimiseks
<p>5. <u>Liigesed</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • suurendab liigeste libestust (lubrikatsiooni) • suurendab liigeste liigutuste ulatust • suurendab liigeste painutusfunktsiooni 	<ul style="list-style-type: none"> • “hoitakse ära” liigutuste ulatuse vähenemine vanemaealistel • vähendab (erineval määral) degeneratiivsete artriitide mõjul tekkinud liigeste funktsiooni häireid
<p>6. <u>Ainevahetus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • hõlbustab tervisliku kehamassi saavutamist ja säilitamist (energia tarbimise ja kulutamise tasakaalu reguleerimist) • suureneb tundlikkus insuliinile ja seega ka süsivesikutetalluvus • soodustab lipiidide ja lipoproteiinide ainevahetust 	<ul style="list-style-type: none"> • “hoitakse ära” liigest rasvkoe kuhjumisest tingitud kehamassi suurenemine • “hoitakse ära” rasvumisest tingitud krooniliste haiguste kujunemine • väheneb hilist-tüüpi suhkruhaiguse tekke oht • aeglustub aterosklerootiliste muutuste tekkimine
<p>7. <u>Psüühika</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • parandab meeleolu • suurendab enesetõhusust • parandab mälu • soodustab psühhomotoorset arengut 	<ul style="list-style-type: none"> • väheneb depressiooni esinemus • stress leeveneb • suureneb vaimse puudega inimestele antava abi ja rehabilitatsiooni efektiivsus

Mõõdukas kehaline aktiivsus lapseas....

- oluline normaalse luustiku kujunemiseks ning suurema luukoe tippmassi saavutamiseks, samuti soodustab see luude kasvamist pikkusesse;

- arendab kõiki kehalise võimekuse liike ja mootorikat – tasakaalu, liigutuste osavust, kiirust ja koordineeritust;
- imikueas soodustab ilusa, sirge rühi kujunemiseks vajalike lihaste arendamist;
- soodustab sirgete jalgade kujunemist (X- ja O-jalgadest vabanemist) ja normaalsete põiavõlvide kujunemist (lampjalgsuse ennetamine ja ravi);
- ei kiirenda ega aeglusta oluliselt sugulist küpsemist;
- võib alandada vererõhku kõrge vererõhuga noorukitel;
- aitab kaasa rasvkoe hulga vähenemisele ülekaalulistel lastel ja seega on abiks tervisliku kehakaalu saavutamisel ja säilitamisel;
- võib suurendada rasvunud lastel suure tihedusega lipoproteiinide hulka veres;
- parandab meeleolu, vähendab kurvameelsust ja ülemäärast stressi;
- on seotud parema õppeedukusega.

Soovitused tervist edendava kehalise aktiivsuse osas

On 3 etappi:

1. Et kõrvaldada liikumisvaegusest tingitud degeneratiivseid muutusi, soovitatakse jalutada poolt tundi päevas.
2. Kui tahetakse vältida riskitegurite teket (vähene kehaline aktiivsus), tuleks kolm korda nädalas 30 või rohkem minutit järjest tegeleda kehalise aktiivsusega, mis tõstaks südame löögisagedust 130 – 150 löögini minutis.
3. Kui tahetakse saavutada organismi treenitust, tegeleda 5 või rohkem korda nädalas 30 või rohkem minutit järjest kehalise aktiivsusega, südame löögisagedus peab tõusma 150 – 160 löögini minutis. Sobivad jooksmine, ujumine, matkamine, jalgrattasõit, paigaljooks.

Kehalise aktiivsuse suurendamise võimalused

1. Laste ja noorukite hulgas
 - kehalise kasvatus tunnid – huvitavamaks, rohkem valikuid, meeldiv keskkond (saalis, riietus- ja dušširuumis);
 - õues omal käel liikumine, rattasõit, rulluisutamine, pallimäng jne – vaja parke, mänguväljakuid, spordiplatse;
 - sporditreeningud – erinevad valikud igale vanusele, algajate rühmad ka teismelistele, elukohalähedus, mõõdukas tasu, eesmärgiks lõbus ajaviide, mitte alati tippportlaste kasvatamine;

- sportimisvõimalus kooli juures – õpetaja juhendusel saali, ujula, spordiväljaku kasutamise võimalus.

Kõige suurem mõju on sõpradel, siis vanemate eeskujul. Lapsi ja noorukeid huvitab sportimisega kaasuv mõnu, võimalus olla koos sõpradega ja tunnetada, et tuled millegiga hästi toime.

2. Täiskasvanute hulgas

- suurendada arusaama kehalise aktiivsuse olulisusest nii välimusele kui tervisele;
- teadvustada, et tervisele soodne kehaline aktiivsus ei ole üksnes sportimine, vaid igasugune kehaline liikumine nagu kodu koristamine, aiatöö, jalgsi tööle-poodi jm minek. Et oluline on nädalas kulutada kehalisele tegevusele rohkem kui 500 kcal;
- selleks, et soodsat toimet tervisele saavutada on vaja regulaarselt need kalorid ära kulutada;
- teadvustada lihasjõu ja venitusharjutuste olulisust;
- positiivsed rollimudelid; rohkem suurüritusi, aga ka regulaarse (koos)liikumise võimalusi (orienteerumisneljapäevad, matkamislaupäevad jne) – see kujundab üha suurema hulga inimeste positiivset suhtumist kehalise aktiivsuse vajalikkusesse;
- rohkem treeningrühmi igas eas ja võimekusega inimestele.

3. Naistele

- rohkem võimalusi rasedatele ja väikeste lastega emadele treeningrühmades osalemiseks, koos lapsega basseinis käimiseks jne.

4. Perekondadele

- liikumisega seotud üritusi tervele perele.

5. Eakatele

- üritused;
- spetsiaalsed rühmad.

6. Puuetega inimestele

7. Töökohtades

- sportimisvõimalused, massaaž.

8. Kogukondadele

- oma spordiplats.

Kehalist aktiivsust suurendav strateegia erinevatel tasanditel

1. Valitsus, ministriumid

- võimaldada peale tavalisi tunde kehalise aktiivsuse tunde juhendatavatele õpetajatele vastav töö arvestada tunnikoormuse sisse;
- toetada (rahaliselt) omavalitsusi, kes tegelevad spordirajatiste ehitamisega piirkondadesse, kus neid ei ole;
- luua seadused, mis võimaldavad soodustusi soodsamaid sporditeenuseid pakkuvatele firmadele.

2. Omavalitsused

- selgitada välja ja monitoorida piirkonnas elavate ebapiisavalt kehaliselt aktiivsete elanike osahulki;
- uurida, mis takistab kehalist aktiivsust;
- kujundada keskkonda, kus tervisele soodne liikumine on võimalik;
- korraldada liiklus nii, et oleks võimalik sõita jalgrattaga, rulluisukudega, suusatada, uisutada jne.

3. Spordiklubid

- pakkuda trennimisvõimalusi erinevatele vanusgruppidele ning erivajadustega inimestele (noored emad, eakad, puuetega inimesed jne);
- teha koostööd perearstikeskustega;
- võimaldada oma töötajatele (treeneritele) regulaarset täiendkoolitust.

4. Perearstikeskused

- hinnata iga vastuvõtule tulnud patsiendi kehalise aktiivsuse taset;
- pakkuda võimalust koormustaluvuse hindamiseks ning personaalse treeningprogrammi koostamiseks;
- koostöös spordiklubidega pakkuda võimalusi treeningrühmades osalemiseks ning regulaarseks tervisekontrolliks treeningu vältel.

5. Koolid ja koolieelsed lasteasutused

- asutuse juhataja kohustus peaks olema tagada sportimiseks vajalike ruumide, abiruumide ja väljakute korrasolek;
- talveperioodil võiks võtta vaevaks uisuväljakute ja suusaradade loomise;
- seoses laste arvu vähenemisega koolides ja lasteaedades võiks osa klassiruumi ümber ehitada väiksemateks võimlateks – näiteks maadlus- ja karatesaalideks või peegelseintega saalideks.

6. Ühiskondlikud organisatsioonid

- mille tegevusprogrammides tähtsustatakse tervislikku eluviisi ja liikumist, tuleks oma tegevusi sagedamini massikommunikatsioonis propageerida.
7. Massikommunikatsioon
 - positiivsete rollimudelite (igas eas kehaliselt aktiivsed) propageerimine.
 8. Kogukonnagrupid
 - aktiivsem sõnavõtt ja üldsuse teavitamine probleemidest, mis takistavad olemast kehaliselt aktiivne.
 9. Töökollektiivid
 - tööandja moraalseks kohuseks peaks olema (soodustatud) võimaluste loomine oma töötajatele kehaliseks aktiivsuseks, pesemisvõimalused, tennise-, korvpalli- jne väljakud, jõusaal.
 10. Vabaaja sisustamisega seotud tööstused, erasektor
 - kättesaadav peaks olema võimalikult lai valik spordivahendeid ja riideid-jalanõusid. Võimalik peaks olema kallima hooajalise inventari laenutamine.

1.6. Laste ja noorukite tervisedendus

Eesmärk:

- Luua eeldused heaks terviseks täiskasvanuna.
- Tagada kasvavale organismile tingimused, mis soodustavad geneetiliselt determineeritud füüsilise ja vaimse tervise ja heaolu potentsiaali võimalikult maksimaalset saavutamist.
- Hoida ära haiguste ja invaliidsuse tekkimist edaspidises elus.

Laste suremus – imikute suremus (alla 1 a) 1000 elusalt sündinud lapse kohta ‰

Lapseks peetakse vähemalt 22. rasedusnädalal sündinud ja 500 g last.

Surmapõhjused:

- Perinataalse perioodi seisundid
- Kaasasündinud väärarengud
- Hingamiselundite haigused
- Nakkus- ja parasitaarhaigused

1 – 14 a surmapõhjused:

- Vigastused ja mürgistused (uppumine, liiklusvariid)
- Kasvajad
- Kaasasündinud väärarengud

Tegevusvaldkonnad:

- Laste ja noorukite tervisliku seisundi ja kehalise arenemise uurimine ja hindamine.
- Laste ja noorukite õppe- ja kasvatustöö korralduse uurimine (tervisele ebasoodsate tegurite väljaselgitamine, nende vähendamine või kõrvaldamine).
- Kaitsesüstimate korraldamine, tähtsuse selgitamine, süstimate immuunsuse kontrollimine, vajadusel revaktsineerimine.
- Hammaste tervishoid.
- Tervisliku toitumise propageerimine.
- Laste suhtes rakendada vägivalda esinemissageduse ja põhjuste uurimine, ärahoidvate meetmete propageerimine.
- Tubakas, alkohol, narkootikumid – esinemissagedus, põhjused ja ärahoidmine.
- Kehalise võimekuse ja liikumisaktiivsuse uurimine, selle propageerimine.
- Stressi, psühhosotsiaalsete probleemide uurimine.
- Pereplaneerimise võimaluste propageerimine.

Tervisliku seisundi hindamine

Profülaktiline meditsiiniline läbivaatus.

Hinnatakse ka ägedate haiguste sagedust, krooniliste haiguste esinemist.

Terve lapse uurimine, mida teostatakse teatud sagedusega vastavalt vanusele: alla 1 a lastel sagedamini, koolieelikutel üks-kaks korda aastas, koolilastel üle 1 – 4 aasta.

Lapseea perioodid

Vastsündinuiga – 28 esimest päeva

Imikuiga – 1 – 12 kuud

Väikelaps – 1 – 3 a

Eelkooliealine – 4 – 7 a

Noorem kooliiga – 7 – 10 a

Keskmine kooliiga – 11 – 13 a

Vanem kooliiga – 14 – 18 a

Adolescent – nooruk, teismeline 11 (12) – 21 (22) a.

Profülaktilist meditsiinilist läbivaatust võib teha nii arst kui õde. Hinnatakse kasvu, kaalu, vererõhku, nägemisteravust, kuulmisteravust.

Eriarsti läbivaatus – 1. eluaastal – ortopeed, silmaarst, vajadusel närviarst, stomatoloog. Mõõdetakse peaümbermõõt, kasv, kaal, rinnaümbermõõt.

Tervisegrupe on 5:

I Täiesti terve

II Funktsionaalse häirega või riskigrupi lapsed (näiteks kui emal oli sünnituse ajal aneemia)

III Kroonilise patoloogiaga lapsed (näiteks skolioos, lampjalgsus, astma jm)

IV Raske krooniline patoloogia kompensatsiooniseisundis

V Raske krooniline patoloogia dekompensatsiooniseisundis.

Terviseindeks – alla 1 a laste arv, kes ühtegi korda pole põdenud (%) (tavaliselt 20%).

Sageli põdejate väljaselgitamine – laps, kes põeb rohkem kui 4 korda aastas ülemiste hingamisteede katarri, mis kulgeb koos palavikuga.

Kehaline areng

Kasvamine, küpsemine ja arenemine.

Kasvamine on keha mõõtmete suurenemine tervikuna või mingite kehaosade piires.

Kasvamise protsessi märksõnaks on suurus.

Kasvamine põhineb kolmel rakulisel protsessil:

- 1) rakkude arvu suurenemine ehk hüperplaasia – põhineb rakkude jagunemisel ehk mitoosidel;
- 2) raku mõõtmete suurenemine ehk hüpertroofia – rakusiseste funktsionaalsete ühikute kasv (valk);
- 3) rakuvaheliste ainete hulga tõus.

Kõik need kolm ilmnevad kasvamise käigus, kuid domineerivad eri vanusperioodidel ja eri kudedes. Näiteks: neuronite arv peaaegu täielikult väljakujunenud 5. raseduskuuks, lihaskiudude arv aga vastündinuperioodiks. Seega mõlemad koed kasvavad hiljem peamiselt hüpertroofia teel.

Kasvamine ja arenemine ei kulge kõikide organsüsteemide osas ühtlaselt. Mida noorem on laps, seda kiiremini kulgeb tema kasvamine ja areng. Kasvamises ja arenemises esineb sugudevaheline erinevus (alates 9. – 10. – 15. a tüdrukud poistest pikemad ja raskemad).

Aktseleratsioon – järgmised põlvkonnad on pikemad kui eelmised. On 2 liiki:

- 1) Epohhiaalne ehk sekulaarne aktseleratsioon – järgmised põlvkonnad on pikemad;
- 2) Individuaalne ehk rühmasisene – samavanuste laste grupis on varieeruvus suur.

Hinnatakse kehapikkuse ja sugulise arengu alusel. Suguline küpsus saabub varem, kliimaksiperiood hilisemas vanuses.

Aktseleratsiooni võimalikud põhjused:

- Heliogeenne hüpotees – osoonikiht hõrenenud, ultraviolettkiirte arv on suurenenud ja seoses sellega ka kasv intensiivistunud.
- Alimentaarne hüpotees – toidu koostis on muutunud.
- Raadiolained.
- Urbaniseerumine ja elamistingimuste paranemine.
- Kehakultuur ja sport (tagavad harmoonilise kasvamise).
- Geneetilised muutused (rohkem heterolegaalseid abielusid).

Probleemid seoses aktseleratsiooniga:

- Sotsiaalsed probleemid (riietus, jalanõud, toit)
- Seksuaalkasvatus tuleb nihutada varasemale eale.

Küpsemine

Küpsemine on küpse bioloogilise seisundi saavutamise protsess. Küpsemine on eri organsüsteemide puhul erinev. Näiteks: suguline küpsus on täielikult funktsioneeriv reproduktiivne võimekus. Luuline küpsemine – täielikult luustunud täiskasvanu luustik.

Areng

- 1) Bioloogiline areng – rakkude diferentseerumine spetsiaalsete funktsioonide täitmiseks, toimub varases looteeas.
- 2) Käitumise areng – sõltub lapse kultuurilisest keskkonnast, populatsioonikäitumisest, kus laps elab.

Kasvamine ja küpsemine on esmased bioloogilised protsessid, areng on laiem mõiste.

- 1) Kronoloogiline vanus – inimese elatud aastate arv. Võivad erineda bioloogilise vanuse osast. Näiteks: osa 13 a on saavutanud sugulise küpsemise, osad mitte.
- 2) Bioloogiline vanus – organismi edasimineku küpse seisundi suunas.

Uuritakse:

- Luulise küpsemise ehk vanuse määramise teel (tavaliselt röntgenülesvõte labakäest, hinnatakse palju seal on tekkinud luustumistuumi).
- Suguline küpsemine ja vanus:

Tüdrukud – rinnanäärme kasv, hääbeme ja kaenlaaluse karva kasv, menstruatsiooni ilmumine;

Poisid – genitaalide suurus, hääle muutus, karvkate.

- Somaatiline ehk kehaline küpsemine ja vanus (pikkuskasv, selle vastavus väärtustele).
- Dentaalne küpsemine ja vanus (piimahambad, jäävhambad; tehakse röntgenülesvõte lõualuudest – hinnatakse jäävhammaste algete kaltsifitseerumist).

Kooliküpsus

Kooliküpsus on lapse vaimse, kehalise ja sotsiaalse arengu tase, mis võimaldab tal edukalt õppida I klassis. Lapse vaimne valmisolek on kõige tähtsam.

- Lapse tervislik seisund

Kooliküpsus oleneb lapse sünnipärastest eeldustest, õppimisvõimalustest ja kogemustest eelkoolieas. Kas laps on küps, sõltub antud kooli programmide, nõudmistest.

Koolikohustus – kes on 1. oktoobriks saanud 7 a. Ülemine vanus on IX kl lõpetamine või 17 a.

Vajadusel võib last õpetada ka kodus. Individuaalse koduõppe korral on vajalik raviasutuse otsus.

Kooliküpsuse meditsiinilised näitajad:

- 1) Bioloogilise arengu tase (dentaalne, somaatiline, juurdekasv),
- 2) Tervislik seisund läbivaatluse momendil,
- 3) Põetud ägedad haigused viimasel aastal enne kooli astumist.

Mahajäämus lapse bioloogilises arengus, mis annab koolipikendust 1 aasta võrra:

- 1) Pikkuskasvus mahajäämus vabariigi laste arengu standarditest rohkem kui 1 sigma,
- 2) Viimasel aastal kasvus juurdekasv alla 4 cm,
- 3) Jäävhammaste täielik puudumine.

Diagnoosid, mis annavad koolipikendust:

- 1) nakkuslik kollatõbi,
- 2) püelonefriit, glomerulonefriit,
- 3) müokardiit,
- 4) reuma aktiivses faasis,
- 5) meningiit, meningoentsefaliit,
- 6) verehaigused,
- 7) vegetodüstoonia, neuroosid,
- 8) enurees,
- 9) krooniline tonsilliit,
- 10) endokrinopaatiaid,
- 11) epilepsia.

Kooliküpsuse psühhofüsioloogilised näitajad:

- 1) Kehaline ettevalmistatus – 30 m jooksu sooritamise võime, pallivise, 2-rattalise rattaga sõitmise oskus.
- 2) Vaimne tase: jutustamisvõime pildi järgi, kuulumismälu, iseenda joonistamine, kujundite järelejoonistamine, vaatlusvõime ja tähelepanu, tähtede tundmine.
- 3) Eksperthinnang: püsivus tegelustes, huvi ümbritseva vastu, tööjõudlus, suhtlemisvõime, selvevõime.

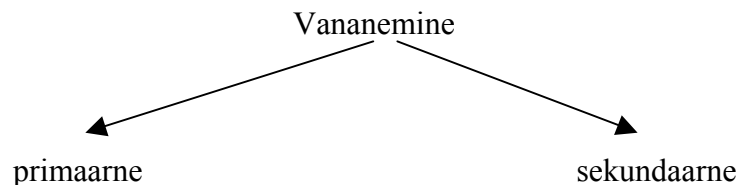
1.7. Tervisedendus vanemaealistel

1.7.1. Vananemise mõiste ja olemus

Vananemine – protsess sünnist surmani.

Vananemine – protsesside hulk aja jooksul, mille tulemuseks on adaptiivsuse kadumine, funktsionaalne kahjustumine ja lõpuks surm.

Vananemine – kasvamise ja arengu füsioloogiliste protsesside loomulik pikendus, mis algab sünni ja lõpeb surmaga.



Primaarne vananemine (ingl k *aging process*) – universaalsed muutused inimpopulatsioonis, mis on haigustest ja keskkonnafaktoritest sõltumatud (näiteks puberteet, menopaus, nägemise halvenemine, kuulmise nõrgenemine, jõu vähenemine).

Sekundaarne vananemine (ingl k *process of aging*) – nn “vananemise sündroom”, mille all mõeldakse keskkonnast ja haigustest tulenevaid tervise-efekte.

Vanandamise määr (ingl k *rate of aging*) – organite ja organsüsteemide funktsioonide muutumine ajaühikus.

1.7.2. Vanuse kategooriad

Vanuse kategooriad on vajalikud vananemisprotsessi paremaks kirjeldamiseks.

Tabel 12. Vanuse kategooriad eagruppide järgi.

Kategooria nimetus	Vanus (aastates)	Aastakümme
Väikelaps (ingl k <i>infant</i>)	0 – 2	1.
Laps (ingl k <i>child</i>)	3 – 12	1. – 2.
Nooruk (ingl k <i>adolescent</i>)	13 – 17	2.
Noorem täisealine (ingl k <i>young adult</i>)	18 – 24	2. – 3.
Täisealine (ingl k <i>adult</i>)	25 – 44	3. – 5.
Keskealine (ingl k <i>middle-age adult</i>)	45 – 64	5. – 7.
Noorem vanemaealine (ingl k <i>young-old</i>)	65 – 74	7. – 8.
Vanemaealine (ingl k <i>old</i>)	75 – 84	8. – 9.
Vanem vanemaealine (ingl k <i>old-old</i>)	85 – 99	9. – 10.
Vanim vanemaealine (ingl k <i>oldest-old</i>)	100 +	11.

Vanuse kategooriad aastakümnete järgi:

40 – 49 neljakümnesed

50 – 59 viiekümnesed

60 – 69 kuuekümnesed jne

Vanusegrupe on võimalik vaadelda kohortidena (ühel ajaperioodil sündinud inimeste jälgimine).

1.7.3. Vananemisprotsessi kirjeldamise võimalused

Vananemisprotsessi kirjeldatakse järgmiselt:

- Elukestuse kõver (ingl k *Human Survival Curve*) – uuritavasse gruppi kuuluvate inimeste elukõverate jälgimine (50% inimestest missugusel hetkel on elus).
- Maksimaalse elukestuse potentsiaal (ingl k *Maximum Life Span Potential*) – uuritavasse gruppi kuuluvate inimeste eluea potentsiaali jälgimine (näiteks kui vana on kõige vanem inimene).
- Keskmise elukestus (ingl k *The Average Life Span*) – keskmine vanus, mille juures enamus inimesi uuritavas grupis on surnud (prognoositav keskmine eluiga).

- Keskmise eluiga (ingl k *Life Expectancy*) – ühevanuseliste inimeste grupi keskmise eluea väljaarvutamine.
- Soolised erinevused – naiste ja meeste keskmise eluea võrdlemine.
- Geneetiline teooria – naiste geenikombinatsioon loob eelduse pikema elueaks (XX kombinatsioon).
- Hormonaalsed erinevused – östrogeen kaitseb vananemise eest, tõstes madala tihedusega lipoproteiinide ja vähendades kõrge tihedusega lipoproteiinide hulka. Hormonaalsed erinevused mõjustavad ka immuunsüsteemi (naiste immuunsüsteem reageerib kiiremini kahjulikele faktorile).
- Sotsiaalne taust – mehe ja naise erinev sotsiaalne roll ja käitumine. Erinevus kuritegevuse ohvriks langemisel ja riskikäitumisel. Erinevus suitsiidide arvus, suitsetajate hulgas. Erinevus arstiabi kasutamisel.

Tervisenäitajad

Tervisenäitajate süsteem “five D`s” (Sanazaro ja Williamson 1968):

death (surm, suremus)

disease (haigus) – mis põhjustab surma

disability (vaegurlus) – vaadeldakse vanurite juures (B)ADL põhjal (*basic activity of daily living*)

discomfort (düskomfort) – mingi tegur segab rahulolutunnet

dissatisfaction (rahulolematuse) – seotud psüühikaga

IADL – instrumental activity of daily living AADL-advanced (võimeline poes käimajne)

Füüsiline tervis (Berkman ja Breslow 1983):

- energia aste
- sümptoomid
- kroonilised seisundid
- kahjustus
- vaegurlus
- ettekujutus tervisest üldises plaanis

Tervis (Jette 1980):

- akuutsed seisundid
- kroonilised seisundid
- kroonilised aktiivsuse piirangud
- kroonilised liikumisepiirangud
- füüsilised kahjustused
- füsioloogilised näitajad
- psühholoogilised näitajad

1.7.4. Vananemise põhjused

Üldised põhjused:

- Krooniliste haiguste levik vanemate inimeste seas kasvab.
- Tanatofobia roll vananemisprotsessis (tekib surmahirm – jäetakse suitsetamine maha jm).
- Geriaatria kui meditsiiniline spetsialiseerumine vananemisprotsessidele.

Vananemise teooriad

1. Geneetiline teooria.

Puberteet ja menopaus on bioloogilise kella markeriteks igas rakus. Rakud hakkavad vananema ja tekivad vead:

- somaatilistes mutatsioonides,
- kromosoomses taaskorralduses,
- geneetilise materjali transkriptsioonis.

Mitokondrite DNA mutatsioonid on üheks vananemise põhjuseks. Raku füsioloogiline vanus on määratud geneetilise materjaliga.

2. Ohuteooria.

Ohuteooria aluseks on organismis toimuvatest keemilistest reaktsioonidest põhjustatud pöördumatud defektid molekulides. Väikeses koguses, kuid pikaajaliselt toimivad kemikaalid võivad olla ohuallikateks sissehingatava õhu, toidu, tubakasuitsu, organismi enese metabolismi kaudu. Keemiliste ohuainete minimaliseerimine pikendab eluiga.

3. Järk-järguline tasakaalu kadumise tekkimise teooria.

Teooria aluseks on aja jooksul aju, endokriinnäärmete või immuunsüsteemi funktsioneerimise täiuslikkuse vähenemine. Näiteks puudused immuunsüsteemi funktsioneerimises muudavad vanemad inimesed vastuvõtlikumaks haiguste suhtes. Haigestuvad kiiremini, kuna adaptiivsus on kadunud.

1.7.5. Vananemisprotsessi aeglustamise võimalused

Faktorid, mis mõjutavad inimese elukõvera pikkust on järgmised:

- meditsiiniline progress;
- keskkonna saasteainete hulga vähendamine;
- suitsetamise, alkoholi ja narkootiliste ainete tarbimise vähendamine;
- kuritegevuse hulga vähendamine;
- motivatsiooni leidmine elustiili muutmiseks.

Suremus on seotud järgmiste faktoritega:

- tervis,
- inimese üldise aktiivsuse aste,
- elukvaliteet,
- sõltumatus,
- tunnetuslik funktsioon,
- demograafilised näitajad,
- õnnetunne.

Sekundaarset vananemist aeglustavad ja eluiga pikendavad 3 põhifaktorit:

1. Toidu kvaliteedi parandamine ja tarbitava toidu koguse vähendamine.

Vanemate inimeste poolt tarbitava toidu kogus peaks moodustama 2/3 täiskasvanud inimeste poolt tarbitava toidu kogusest (kuna ainevahetusprotsessid on aeglustunud). Toit peab sisaldama piisavalt proteiini ja olema piiratud kaloreid sisaldusega.

2. Adekvaatse üldise aktiivsuse säilitamine.

Suur roll on pärilikkuse faktoril üldise hea tervise tagamisel kogu eluks. Lisaks on oluline:

- positiivne ellusuhtumine;

- alkoholiga mitte liialdamine;
- mittesuitsetamine ja narkootiliste ainete kasutamine;
- sõprade, vanemate toetuse olemasolu;
- heasoovlikkus;
- piisav magamine ja puhkus;
- meditsiiniliste teenuste kasutamine.

Üldise aktiivsuse tõstmise 3 kategooriat:

- 1) Interpersonaalne (pere, sõbrad, vabatahtlikud organisatsioonid).
 - 2) Füüsiline manipulatiivne aktiivsus (kodused toimetused, kehalised harjutused).
 - 3) Intellektuaalne, solidaarne aktiivsus.
3. Mõõduka kehalise koormuse tagamine.

Kõige parema tulemuse annab mõõdukas süstemaatiline kehaline aktiivsus kogu elu jooksul. Näiteks kehaliselt aktiivsete suitsetajate suremus on 30% madalam kui kehaliselt mitteaktiivsete suitsetajate oma.

1.7.6. Vananemise toime elukvaliteedile

Ühiskonnas, kus nakkushaigused, endeemilised haigused ja alatoitlus on kontrolli all, on loodud eeldus pikaajaliseks. Põhiliseks probleemiks jäävad aga degeneratiivsed haigused. Pikaajaliste probleemideks on veel nägemise halvenemine, kuulmise nõrgenemine, artroos, osteoporoos, diabeet, hüpertoonia, südamehaigused, füüsiline nõrkus.

Heaolu ja funktsioneerimise põhiliste kontseptide (12) mõisted:

Füüsiline funktsioneerimine – füüsilise aktiivsuse (hoolitsus enese eest, jalutamine, trepist ülesminek) sooritamine.

Liikumisevõime – võime olla aktiivne ühiskonnaliige.

Rolli funktsioneerimine – igapäevase rolli (töötamine töökohal, kodune töö, hoolitsemine laste eest, ühiskondlik aktiivsus, vabatahtlik töö) teostus.

Sotsiaalne funktsioneerimine – sotsiaalse aktiivsuse teostus perekonna, sõprade, naabritega, abieluline funktsioneerimine ja seksuaalsed probleemid.

Psühholoogiline distress/heaolu – positiivsed ja negatiivsed psühholoogilised seisundid (depressioon, üksindus jne).

Tundefunktsioon – probleemid nagu unustamine, kontsentratsiooniraskused.

Arusaam tervislikust seisundist – personaalne hinnang oma tervislikule seisundile, resistentsusele haiguste suhtes.

Tervise distress – psühholoogiline distress oma tervise tõttu.

Energia/väsimus – energia, tarmukuse, väsimuse, jõuetuse tunne.

Uni – une kvaliteet, häired, adekvaatsus.

Valu – keha düskomforti avaldused (peavalu, seljavalu).

Füüsilised/psühhofüsioloogilised sümptoomid – subjektiivne tunnetus oma kehasisesest seisundist (paindumatus, köha).

Ekstraindividuaalsed faktorid (seotud kõigega, mis tuleb väljastpoolt) – arstiabi ja rehabilitatsioon, medikamendid, väline toetus, füüsiline ja sotsiaalne keskkond.

Intraindividuaalsed faktorid – elustiil ja käitumise muutused, psühhosotsiaalsed omadused, aktiivsuse kohandamine.

1.7.7. Vananemise preventsiiooni võimalused

Primaarne preventsiioon

Suunatud tervetele inimestele.

Eesmärk:

- ära hoida haiguse või õnnetusjuhtumi teket,
- vähendada vastuvõtlikkust (elustiil, karastamine),
- kontrollida ekspositsiooni (keskkonnas esinevat kahjulikku ainet),
- minimaliseerida riskifaktoreid (rasvase toidu söömist, mitte viibida suitsuses ruumis).

Teostus:

- tervisedendus ja tervisekasvatus,
- tervisekaitse,
- tervisekasvatus koolides.

Sekundaarne preventatsioon

Suunatud patoloogiaga inimestele (kellel on väljakujunenud kahjustus).

Eesmärk:

- ära hoida sekundaarsete seisundite teket,
- aeglustada kahjustuste teket.

Teostus:

- riskifaktorite vähendamine/modifitseerimine (töökohtades kaitsevahendid),
- varajane avastamine ja kompaktne ravi.

Tertsiaarne preventatsioon

Suunatud kahjustuse ja funktsionaalse piiratusega inimestele.

Eesmärk:

- püüe taastada funktsionaalset võimekust (ravivõimlemine jm) ja
- vähendada vaegurlust.

Teostus:

- rehabilitatsioon, ravi;
- keskkonna modifitseerimine.

1.8. Puuetega inimeste tervisedendus

Puuetega inimesi on kõikjal maailmas ja igas ühiskonnakihis. Puuetega inimeste arv maailmas on suur. Eestis oli 01.01.1995 seisuga 52 339 invaliidsuspensiooni saajat, ent see arv ei hõlma kõiki puuetega inimesi.

Nii puuete põhjused kui tagajärjed on maailma erinevais paigus erinevad. Need erinevused tulevad nii erinevatest sotsiaalmajanduslikest tingimustest kui ka erinevatest abinõudest, mida riigid oma kodanike heaolu tagamiseks rakendavad.

Praegune invapoliitika on viimase 200 aasta arengu tulemus. See peegeldab üldisi elutingimusi ja erinevate aegade sotsiaal- ja majanduspoliitikat. Puuetega inimeste elutingimusi on mõjutanud siiski ka mitmed spetsiifilised asjaolud. Teadmatus,

mitteravestamine, ebask ja hirm on olnud need sotsiaalsed faktorid, mis läbi aegade on isoleerinud puuetega inimesi ja takistanud nende arenemist.

Aastate jooksul on invapoliitika arenenud elementaarsest hooldusest hoolekandeesutustes puuetega laste õpetamise ja täiskasvanueas invaliidistunud inimeste rehabilitatsioonini. Tsiviilühiskonna taastumisega Eestis on ka puuetega inimesed muutunud aktiivsemaks ja neist on saanud kandev jõud invapoliitika edasiarendamises. On loodud puuetega inimeste, nende perekondade ja esindajate organisatsioone, mis on võidelnud puuetega inimestele paremate tingimuste loomise eest.

Teise maailmasõja järel võeti kasutusele mõisted “integratsioon” ja “normalisatsioon”, mis peegeldasid kasvavat teadlikkust puuetega inimeste võimetest. 1960-ndate aastate lõpul hakkasid rahvusvahelised puuetega inimeste organisatsioonid formuleerima uut käsitlust puude mõistest. See uus mõiste näitas ära tiheda seose puudega indiviidi piiratud võimaluste, nende keskkonna kujunduse ja struktuuri ning rahva üldise suhtumise vahel.

Puuetega inimeste õigused on olnud Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni (ÜRO) ja teiste rahvusvaheliste organisatsiooni tähelepanu keskmes pikema aja jooksul. 1981, rahvusvahelise puuetega inimeste aasta kõige tähtsamaks tulemuseks oli puuetega inimesi käsitlev ülemaailmne tegevusprogramm. Nii puuetega inimeste aasta kui ülemaailmne tegevusprogramm rõhutasid puuetega inimeste õigust samadele võimalustele kui teistel kodanikel, samuti võrdsele osasaamisele elutingimuste paranemisest majandusliku ja sotsiaalse arengu tagajärjel. Samuti defineeriti seal esimest korda invaliidsus (ingl k *handicap*) kui puuetega inimeste ja keskkonna vahelise suhte funktsioon. Seni on Eestis levinud valdavalt meditsiiniline ja seega indiviidi-keskne invaliidsuse määratlus.

Invapoliitika põhimõisted

Puue (ingl k *impairment*) – inimese mõne anatoomilise, füsioloogilise või psühholoogilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle.

Vaegus (ingl k *disability*) – võtab kokku hulga erinevaid funktsionaalseid piiratusi. Inimestel võib olla vaegusi füüsiliste, intellektuaalsete või meeleliste puuete, tervisehäirete või psüühikahäirete tõttu. Sellised puuded ja haigused võivad oma olemuselt olla kas püsivad või ajutised.

Invaliidsus (ingl k *handicap*) – võimaluste kaotus või piiratus võtta ühiskonnaelust osa võrdväärselt teiste inimestega. See kirjeldab suhet puudega inimese ja keskkonna vahel. Selle termini mõtteks on pöörata erilist tähelepanu keskkonnas ja paljudes ühiskonnaelu

valdkondades (näiteks informatsioonis, kommunikatsioonis ja hariduses) esinevatele puudustele, mis takistavad puudega inimestel võrdsetel tingimustel osaleda.

Ennetav tegevus

Preventsioon – tegevus, mille eesmärgiks on vältida füüsiliste, intellektuaalsete, psüühiliste või meelepuuete tekkimist (primaarne preventsioon) või takistada puuetel põhjustamast püsivaid funktsionaalseid piiranguid või vaegusi (sekundaarne preventsioon). Preventsioon võib haarata mitmeid erinevaid tegevusvorme, nagu esmaabi, rasedusaegne ja sünnijärgne hooldus, toitumisõpetus, vaksineerimine nakkushaiguste vastu, endeemiliste haiguste vältimine ja piiramine, ohutusnõuded ning kavad õnnetuste ärahoidmiseks erinevates keskkondades, kaasa arvatud töökohtade ümberkohandamine kutsevigastuste ja –haiguste vältimiseks, samuti invaliidistumise vältimine keskkonna saastumise ja relvakonflikti tagajärjel.

Rehabilitatsioon

Rehabilitatsioon tähistab protsessi, mille eesmärgiks on saavutada ja hoida puuetega inimeste võimalikult kõrget füüsilise, meelelise, intellektuaalse, psüühilise ja/või sotsiaalse funktsioneerimise taset, võimaldades neile nii suuremat iseseisvust. Rehabilitatsioon sisaldab funktsioonide arendamise ja/või taastamise, funktsiooni puudumise või funktsionaalse piiratuse kompenseerimise meetmeid. Rehabilitatsioon ei hõlma esialgset meditsiinilist abi. See sisaldab suure hulga abinõusid ja tegevusi põhi- ja üldrehabilitatsioonist kitsamalt eesmärgistatud tegevusteni. Rehabilitatsiooni üldmõiste sisaldab taastusravi, sotsiaalset, pedagoogilist ja ametialast rehabilitatsiooni.

Võrdsete võimaluste loomine

Võrdsete võimaluste loomine tähendab protsessi, mille kaudu erinevad ühiskonna- ja keskkonnasüsteemid, nagu teenused, talitused, informatsioon ja dokumentatsioon, tehakse kättesaadavaks kõigile, iseäranis puuetega inimestele.

Võrdsete õiguste printsiibist tuleneb, et kõigi inimeste vajadused on võrdse tähtsusega, et need vajadused peavad olema ühiskonna planeerimise aluseks ja et kõiki ressursse tuleb kasutada selliselt, et kindlustada kõigi inimeste võrdsed osalemisvõimalused.

Puuetega inimesed on ühiskonnaliikmed ja neil on õigus jääda oma kohalikku keskkonda. Nad peavad saama vajalikku abi ja toetust tavaliste hariduse-, tervishoiu-, tööhõive- ja sotsiaalteenuste raamides.

Kui puuetega inimesed saavutavad võrdsed õigused, peavad neil olema ka võrdsed kohustused. Kui võrdsed õigused on saavutatud, tuleks ühiskonnal tõsta ootusi puuetega inimeste suhtes. Võrdsete võimaluste protsessi ühe osana tuleks puuetega inimesi abistada ka ühiskonnaliikme täisvastutuse kandmise omaksvõtmisel.

Võrdsete võimaluste loomise eeltingimused meditsiiniabis

Väljavõte Eesti Vabariigi Invapoliitika Üldkontseptsioonist: Puuetega Inimestele Võrdsete Võimaluste Loomise Standardreeglid / Heaks kiidetud Eesti Vabariigi Valitsuse 16.mai 1995. a istungil päevakorrapunkti nr 11 all – Eesti Puuetega Inimeste Koda.

Eesti vabariik – edaspidi riik

Riik peab kindlustama puuetega inimestele tõhusa meditsiiniabi.

1. Riik peab püüdma luua programme puude varajaseks avastamiseks, hindamiseks ja raviks. Neid programme juhiksid erinevate erialade spetsialistidest moodustatud meeskonnad. Peab olema võimaldatud puuetega inimeste ja nende perekondade aktiivne osalus. Puuetega inimeste kojad peavad saama osaleda nende programmide planeerimises ja hindamises.
2. Esmatasandi töötajatele (perearstid, sotsiaaltöötajad, õed jt) tuleb anda ettevalmistus puude varajaseks avastamiseks, esmajärgulise abi osutamiseks ja puuetega inimeste vajalikele teenustele suunamiseks.
3. Riik peab tagama, et puuetega inimesed, eriti imikud ja lapsed, saaksid meditsiiniabi samal tasemel ja samas süsteemis kui teisedki ühiskonnaliikmed.
4. Riik peab kindlustama, et kogu meditsiiniline ja parameditsiiniline personal on piisavalt ette valmistatud ja varustatud, et osutada meditsiiniabi puuetega inimestele ning osata kasutada asjakohaseid ravimeetodeid ja tehnoloogiaid.
5. Riik peab tagama, et meditsiinilisel, parameditsiinilisel ja muul asjassepuutuval personalil on piisav koolitus, nii et nad ei annaks lapsevanematele kohatuid nõuandeid, piirates sellega nende laste võimalusi. Selline koolitus peab olema pidevalt jätkuv protsess ja tuginema kõige uuemale informatsioonile.
6. Riik peab tagama, et puuetega inimesed saavad mis tahes ravi ja medikamente, mida nad vajavad oma tegevusvõime säilitamiseks või parandamiseks.