

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

õenduse õppetool

Liisa Johanson

PATSIENDKIKESKNE ÕENDUSABI DEMENTSUSEGA PATSIENDILE

Lõputöö

Tallinn 2015

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

Lõputöö autori allkiri:

Kuupäev "....." 2015. a.

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja: Marianne Annion RN, BA

/nimi ja akadeemiline kraad/

.....

Kuupäev: "....." 2015. a.

KOKKUVÕTE

Liisa Johanson (2015). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool. Patsiendikeskne õendusabi dementsusega patsiendile. Lõputöö on 26 leheküljel, 35 kirjandusallikat ja 3 lisa.

Käesolev lõputöö on kirjanduse ülevaade. Kirjanduse valiku kriteeriumiteks oli teemakohasus, tõenduspõhisus ja usaldusväärsus. Piiranguteks olid kirjandusallikad alates 2004 kuni 2014 ja täisteksti olemasolu. Lõputöö eesmärgiks on kirjeldada patsiendikeskset õendusabi dementsusega patsiendile.

Õdedel tekivad probleemid õendusabi osutamisel dementsusega patsiendile, sest on raske aru saada patsiendi vajadustest. Mäluprobleemide tõttu väljendab patsient ennast arusaamatult või ei saa tema aru õest õendustoimingu läbiviimise ajal ja ei osale koostöös. Dementsusega patsient võib muutuda rahutuks ja agressiivseks. Õed ei oska jälgida märke, mis viitavad algavale agressiivsusele ja ei tea, et agressioon on üks dementsusega inimese eneseväljendusviisidest. Et patsient ennast ega kedagi teist ei vigastaks kasutatakse agressiivsuse ohjeldamiseks ka kinnihoidmist ja kinnisidumist. Õed tunnsitasid, et selline meetod tundub julm ja vale, kuid samas tundub ainsa võimalusena. Mõni õde on isegi harjunud agressiivsust võtma kui loomulikku osa tööst. Need õed arvavad, et agressiivne käitumine kuulub dementsuse juurde ja seda ei saa ennetada.

Lahendusteks õendusabi parendamiseks dementsusega patsiendile osutusid koolitused ja töötoad õenduspõhisele. Uuringud näitavad, et koolitused dementsusest ja patsiendikesksest õendusest aitavad õdedel aru saada nii dementsuse olemusest kui ka vajadusest rakendada patsiendikeskset suhtlust. Pärast koolitusi muutus õdede suhtumine dementsusega patsientidesse positiivsemaks ja mõistavamaks. Õed hakkasid patsientidesse suhtuma suurema kannatlikkusega. Samuti õdedele õpetatud erinevad sekkumismeetodid nagu laulmine, valideerimine ja mälestusteraapia aitasid leida suhtlusteemasid dementsusega patsientidega. Sekkumismeetodeid kasutades on võimalik luua meeldivam keskkond ja muuta koostöö patsiendiga sujuvamaks. Uuringutest selgus, et tänu koolitustele ja töötubadele õendusabi kvaliteet paranes ja õed soovitasid koolitusi ka oma kolleegidele, kes alguses ei olnud koolitustest huvitatud.

Võtmesõnad: patsiendikesksus, dementsus, õendusabi,

SUMMARY

Liisa Johanson (2015). Tallinn Health Care College, The Chair of Nursing. Patient-centered nursing aid for the patient with dementia. Graduation thesis consist of 26 pages, 35 sources of professional literature was used and 3 additions.

This thesis is literature review. The range of criteria for literature were topic relevance, evidence basis and credibility. Restrictions were literature from 2004 to 2014 and availability of full-text. The purpose of this graduation thesis is to describe patient-centered nursing aid for the patient with dementia.

Nurses have problems in dealing with patients with dementia because it is difficult to understand the patients needs. Because of the memory problems they express themselves unclearly or they do not understand what nurses are saying during the nursing process and do not cooperate. The patient with dementia may become restless and aggressive. The nurses may not be able to follow the signs that indicate the onset of aggressive behaviour and do not know that aggression is one of the ways of self-expression for a person with dementia. In some cases to protect patient from hurting himself or others nurses have to use force to restrain patients. Nurses admitted that it felt wrong and brutal to restrain a patient against his will but sometimes it felt like the only way. Some nurses are even used to the aggressive behaviour and they think that aggressive behavior is a common feature in the care of the patients with dementia.

Solutions for more effective nursing aid for a patient with dementia are organizing trainings and workshops for nursingstaff. Studies show that trainings about dementia and patientcentered nursing help nurses to understand about the nature of dementia as well as the need to apply the patient-centered communication. After workshops the nurses attitude was more positive and acceptable. Nurses had more patience in their work with patients with dementia. Different methods of intervention thaught to the nurses are singig, validation and reminiscence therapy. These methods helped nurses to find topics of communication with the patients with dementia. Studies showed that thanks to trainings and workshops the quality of nursing aid improved and nurses also recommended these trainings for their colleagues who were not interested before.

Keywords: patient-centeredness, dementia, nursing aid

SISUKORD

KOKKUVÕTE	2
SUMMARY	3
SISUKORD	4
SISSEJUHATUS	5
1. UURIMISTÖÖ METOODIKA.....	9
2. PROBLEEMID ÕENDUSABI OSUTAMISEL DEMENTSUSEGA PATSIENDILE.....	10
2.1 Raskused õendusabi osutamisel dementsusega patsiendile	10
2.2 Mittetulemuslikud sekkumismeetodid	11
3. LAHENDUSED ÕENDUSABI PARENDAMISEKS DEMENTSUSEGA PATSIENDILE.....	14
3.1 Koolitused õendusabi parendamiseks dementsusega patsiendile.....	14
3.2 Mittefarmakoloogiliste sekkumismeetodite võimalused õendusabi kvaliteedi tõstmiseks	16
4. ARUTELU	20
JÄRELDUSED.....	23
KIRJANDUS	24

LISAD:

Lisa 1: Valideerimise meetod

Lisa 2: Reminiscence teraapia

Lisa 3: Reminiscence teraapia tulemus

SISSEJUHATUS

Teema valik tulenes uurimistöö autori isiklikust töökogemusest dementsusega patsientide osakonnas.

Teema on aktuaalne kogu maailmas, sest rahvastiku vananemise tõttu kasvab pidevalt ka dementsusega inimeste arv (Wilson jt 2012: 78; Borbasi jt 2010: 49; Quinn jt 2012: 1196). Ülemaailmselt on ennustatud, et järgneva 20 aasta jooksul dementsusega inimeste arv kahekordistub (Quinn 2012: 1196).

Maailma Tervishoiu Organisatsiooni andmetel ulatub dementsusega inimeste arv maailmas hetkel 35,6 miljonini, mis kahekordistub 2030. aastal ja kolmekordistub 2050. aastal. USAs on umbes 4,5 miljonit Alzheimeri tõve diagnoosiga patsienti, Lääne-Euroopas põeb dementsussündroomi ligikaudu 3,7 miljonit inimest, neist arvatavalt 70% ehk 2,5 miljonit põevad Alzheimeri tõbe või selle segavorme. Eestis peaks eelduste kohaselt olema vähemalt 10 000 dementsussündroomiga ja 7000 Alzheimeri tõve põdevat patsienti. (Linnamägi jt 2004: 256).

Dementsussündroom on põhjustatud peaaegu haigusest, mis enamasti kujuneb ajurakke aeglaselt kahjustavate protsesside toimel. Üks levinuim dementsuse põhjustaja on Alzheimeri tõbi, mida põevad ligi pooled kõigist dementsuse sümptomitega inimestest. Dementsust võivad esile kutsuda ka ajuverevarustushäired (vaskulaarsed dementsused), Parkinsoni tõbi, Picki tõbi, alkohol, aids ja veel hulk teisi haigusi. (Tegevusjuhendaja ... 2010: 53).

Dementsus on progresseeruv seisund, mis mõjutab inimese kõiki eluvaldkondi. Algses staadiumis suudab inimene ise toime tulla, kuid seisundi progresseerudes on kõrvalabi kindlasti vajalik. Dementsusega inimene ei pruugi olla võimeline hindama riske ega lõpetama pooleliolevaid ülesandeid nagu söögi valmistamine või riietumine. Samuti tekib probleeme teiste inimeste mõistmisega ja enese väljendamisega. Patsient võib tihti paluda lauseid korrata, kuna tal on raske keskenduda ja tema sõnavara võib olla vähenenud. Mõni inimene võib "pöörduda tagasi ka oma lapsepõlve". (Jenkins 2013: 49-51).

Dementsusega patsient võib elada oma peas erinevas ajas ning aeg ja koht võivad pidevalt vahetuda. Dementsusega inimene tahab olla iseseisev, kuid füüsiliste takistuste tõttu on see

tihtipeale võimatu ja ta vajab pidevat järelvalvet (Kolanowski jt 2010: 217). Dementsussündroomiga patsient on võimetu järgima korrapärast toitumist, hügieeninõudeid ja jälgima oma tervisenäitajaid. Selliste probleemide ja raskuste tõttu võib ta ennast tunda ülekurnatuna, abituna ja muutuda tujukaks. (Jenkins 2013: 49-51).

Käesoleva uurimistöö autor koges olukordi, kus patsiendiga oli raske kontakti saada ja talle õendusabi osutada. Patsient muutus arusaamatul põhjusel agressiivseks, ei olnud nõus riietuma, sööma või pesema. Patsient võis öelda midagi solvavat või isegi lüüa. Tuli leida moodus, et patsienti rahustada ja püüda mõista tema ärritumise põhjust.

Enamik uuringuid näitavad, et dementsusega kaasnev agressiivne käitumine ilmneb patsientidel, kellel on häirunud kognitiivsed võimed. Kognitiivse häirega patsiendid on võimelised õdesid ähvardama ja solvama. Sõltumata sellest, kas dementsusega inimene on võimeline oma tegude eest vastutama, on õdede jaoks selline käitumine nii füüsiliselt kui ka emotsionaalselt väsitav ja ohtlik. (Zeller jt 2009: 174).

Dementsusega patsiendi rahutuse põhjuste uuring toetab vaatepunkti, et rahutus on rahuldamata vajaduste, vaimse ebamugavuse, rahuldamata elutoimingute ja äratundmatu valu produkt (Chen jt 2014: 18). Kõige sagedasemad ja ohtlikumad dementsuse sümptomid on ekslemine ja õhtune segadusseisund ning nendele järgneb agressiivsus. Patsient vahel mõistab õde valesti ja võib arvata, et õde piirab tema võimalusi meelega. (Kolanowski jt 2010: 217).

Uurimistöö autor koges oma töös dementsusega patsientide osakonnas, et leidub viise, mis aitavad patsiendil rahuneda. Hääletooni ja rääkimiskiiruse muutmine ning eelkõige patsiendile keskendumine, pälvivad tema tähelepanu ja rahunemise.

Dementsusega patsient vajab tundlikku ja osavat sekkumist. Tema tujudest arusaamine on abiks õdede tööle ja aitab mõista, miks patsient mingil moel käitub. (Jenkins 2013: 49-51). Ning eespool sai märgitud, et paljud neist elavad justkui oma minevikus, siis dementsusega patsiendi paremaks mõistmiseks ja temaga suhtlemiseks oleks hea teada tema elulugu (Kolanowski jt 2010: 217). Teades patsiendi tausta, on võimalik ära arvata põhjust, mille pärast ta agressiivseks muutus ja püüda tema mõtteid sellelt eemale viia.

Põhja-Inglismaal tehti uuring eesmärgiga koguda informatsiooni koolituste vajaduseks, dementsusega patsiendiga tegelemisel. Uuringus osalenud õed ja õendusassistendid

nõustusi üksmeelselt, et olemasolevad teadmised on liiga vähesed ja teadmatus dementsusest raskendab tööd. (Chater jt 2012: 583).

Uurimistöö autoril tuli idee leida kirjandusallikatest, milliseid töömeetodeid ja käitumismalle dementsusega patsiendiga tegelemisel kasutatakse mujal maailmas. Milliseid koolitusi õenduspersonalile pakutakse, kas need mõjutavad õendusabi osutamist positiivselt ja kas neid oleks võimalik rakendada ka Eestis.

Eelnevalt on Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis dementsust käsitletud kaheksas kaitstud lõputöös ajavahemikul 2004-2013. Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis on dementsust käsitletud üheksas kaitstud lõputöös aastatel 2002-2013. Käesoleva lõputöö teemat patsiendikesksest õendusabist dementsusega patsiendile ei ole eelnevates töödes süvitsi käsitletud.

Lõputöös käsitletav probleem: õdedel on probleeme õendusabi osutamisel dementsusega patsientidele. Peamisteks probleemideks on teadmiste, oskuste ja kogemuste puudulikkus. (Adibelli jt 2012: 1077, Jenkins jt 2013: 51, Zeller jt 2013: 174).

Lõputöö eesmärgiks on kirjeldada patsiendikeskset õendusabi dementsusega patsiendile.

Lõputöö eesmärgist tulenevad ülesanded on:

- Kirjeldada probleeme õendusabi osutamisel dementsusega patsiendile.
- Kirjeldada lahendusi õendusabi parendamiseks dementsusega patsiendile.

KESKSED MÕISTED

Patsiendikesksus (*patient-centeredness*)- suhtumine patsienti ei ole haiguskeskne, vaid inimesekeskne. Igasse patsienti suhtutakse kui ainulaadsesse inimesse. Patsiendikeskse hoolduse ja ravi ajal arvestatakse patsiendi ainulaadseid vajadusi, eelistusi, väärtusi ning autonoomiat ja sõltumatust. (Bruus 2009: 8). Patsient peab olema informeeritud oma haigusest ja selle ravivõimalustest, tal peab olema võimalus nõustuda või mitte nõustuda pakutud ravivõimalustega. Süsteem peab tagama patsiendile sellist abi, mida ta vajab. (Sinisalu 2005: 53).

Dementsus (*dementia*)- on kliiniline sündroom, mida iseloomustab paljude tunnetuslike ja emotsionaalsete võimete kadumine varem normaalse intellektitasemega isikul ja mis ilmneb selge teadvuse juures (nt deliiriumi puudumisel) (Zaidat 2004: 50). Dementsuse algstaadiumis suudab inimene tavaliselt ise toime tulla, kuid mida aeg edasi, seda rohkem on vaja abi. Dementsusega inimesed ei pruugi tajuda riske, ei suuda lõpetada pooleliolevaid ülesandeid ja teha igapäeva tegevusi nagu tassi tee tegemine, söömine või isegi riietumine. Samuti on neil raskusi enesevähendamise ja teiste jutust arusaamisega. (Jenkins 2013: 49).

Õendusabi (*nursing aid*)- õendusabi eesmärgiks on patsiendi väljakujunenud tervisliku ja funktsionaalse seisundi säilitamine ja võimalusel parandamine, stabiilses seisundis haigete pikaajaline ravi ja toetamine läbi õendustegevuse (Õendusabi 2009).

1. UURIMISTÖÖ METOODIKA

Antud töö on kirjanduse ülevaade. Kirjanduse ülevaade keskendub uurimisprobleemi seisukohalt olulisele kirjandusele: ajakirjade artiklitele, uurimisaruannetele ja muudele kesksetele väljaannetele (Hirsjärvi jt 2005: 111).

Kirjanduse valiku kriteeriumiteks oli teemakohasus, tõendus põhisisus ja usaldusväarsus. Piiranguteks oli kirjandusallikad alates 2004 kuni 2014 ja täisteksti olemasolu. Kirjanduse leidmiseks on kasutatud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli raamatukogu ja elektroonilisi tõendus põhiseid teadusandmebaase (EBSCO: MEDLINE, Health Source: Nursing/Academic Edition, Academic Search Complete, PubMed/ ScienceDirect, Sage Journals ja otsingumootorit google.com).

Kirjandusallikate leidmiseks kasutati otsingusõnu ja nende kombinatsioone: dementsus (*dementia*), dementsus ja õendus (*dementia and nursing*), dementsus ja õendus ja suhtlemine (*dementia and nursing and communication*), muusika ja dementsus (*music and dementia*), dementsus ja õendus ja haridus (*dementia and nursing and education*), dementsus ja õendus ja õppimine (*dementia and nursing and learning*), õendustreening ja dementsus (*nursing training and dementia*), õendusharidus ja dementsus (*nursing education and dementia*), dementsus ja valideerimine ja õendus (*dementia and validation and nursing*), dementsus ja interventsioon ja õendus (*dementia and interventions and nursing*). Läbitöötatud on 64 kirjandusallikat, millest 35 kasutati lõputöös, neist 20 on õendus alased.

Töös on viidatud kõigile kasutatud kirjandusallikatele ja ei ole kasutatud plagiaati. Välditud on ebaausust kõikides etappides. Hirsjärvi jt. (2005: 27-28) andmetel teiste töid on keelatud plagieerida, teksti laenamise korral tuleb sellele viidata. Uuriija ei tohi plagieerida ka oma tööd. Uurimistulemusi ei tohi üldistada ebakriitiliselt, midagi välja mõelda või ilustada. Teiste uurijate osa ei tohiks alavääristada.

Uurimistöõ eetikanõuded on tagatud järgmiselt: teostati uurimistöõ vastavalt esitatud projektile. Lõputöö on vormistatud vastavalt Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis 2006 aastal kinnitatud üliõpilastööde koostamise ja vormistamise juhendile.

2. PROBLEEMID ÕENDUSABI OSUTAMISEL DEMENTSUSEGA PATSIENDILE

2.1 Raskused õendusabi osutamisel dementsusega patsiendile

Dementsusega patsiendi füüsiline kui ka psüühiline seisund võib päevas mitmeid kordi muutuda, mille tõttu ei ole õdede töö rutiinne ega ennustatav. Norras läbiviidud uuringust selgus, et hoolitsemine dementsusega patsiendi eest on raskendatud, sest on raske mõista patsiendi vajadustesi, tema kadunud väljendamisoskuse tõttu. Patsient käitub vastumeelselt, kui õde tahab läbi viia õendustoimingut, mida ta peab patsiendile vajalikuks. (Rasmussen jt 2013: 4).

Uuringud Skandinaaviamaades näitavad, et valdav enamus õdedest ja hooldajatest on kogunud dementsusega patsientide poolt vastupanu õendustoimingutele ja hooldusele. Patsiendipoolne vastupanu on põhiline barjäär ohutuse ja mugavuse tagamiseks patsiendile. Õdede jaoks on see üheks stressi tekitajaks, mis võib viia solvava käitumiseni patsientide vastu ja füüsiliste ning farmakoloogiliste piirangute kasutamiseni. (Konno jt 2014: 2168).

Sisenemine inimese personaalsesse ruumi, milleks õde on toimingute ajal sunnitud, on üks peamisi agressiivsuse vallandajaid. Õendustoimingute ajal võib tekkida pingeline õhkkond, kui õde ei seleta eesolevaid tegevusi, vaid lihtsalt tegutseb. Kui vaadatakse patsienti pilguga, mis patsiendile ei meeldi või ei pöörata patsiendile piisavalt tähelepanu, kui ta seda soovib. Sellistes olukordades ei pruugi patsient õde mõista, pidades toimingut endale ohtlikuks ja hakkab vastumeelselt ning agressiivselt käituma. (Zeller jt 2009: 177).

Viimase kümne aasta jooksul on hakatud patsiendi agressiivsust ja vastupanu õendustoimingule ja hooldusele tõlgendama kui käitumist, mis vajab validatsiooni (vt lisa 1) rahuldamata vajadustele (Konno jt 2014: 2168; Chen 2014: 18). Õed ei oska alati jälgida märke, mis vihjavad eelolevale agressiivsele käitumisele ja on raske mõista, et agressioon on tavaline emotsioon, mille kaudu patsient ennast väljendab ja oma õigusi kaitseb (Enmarker jt 2010: 159).

Õed tunnistasid, et ei piisa ainult üldõharidusest, et tegelda agressiivse või apaatse patsiendiga. Eelkõige noortele õdedele on see raske, sest nad ei tea, millest dementsusega

patsiendi agressiivne käitumine tuleb. Nii arstid kui ka õed kordasid, et on puudus koolitustest, sest personal kogeb palju raskusi ja võimetust dementsusega patsiendiga tegelemisel. (Kolanowski jt 2010: 218).

Akuutosakonna õed teatasid ebasobivast haigla keskkonnast dementsusega patsiendile, suurest töökoormusest ja ebapiisavatest abivahenditest. Kuid põhilisteks piiranguteks on siiski piiratud teadmised ja vähene dementsuse mõistmine. (Borbasi jt 2006: 304).

Teadmiste puudus tuli esile ka kirurgia osakonnas tehtud uuringust, kus õed tundsid, et õendustoiminguid läbi viies tekkisid konfliktid nende ja patsientide vahel. Õed võtsid selliseid situatsioone kui isiklikku ebaõnnestumist. Nad ei osanud ära tunda dementsuse sümptomeid ning konfliktid lahendati ebaprofessionaalselt. (Hynninen jt 2014: 8).

Samast uuringust tuli ka välja, et arstidega käitusid dementsusega patsiendid viisakamalt ja ka nende kognitiivsed funktsioonid tõusid sel hetkel, kui arst oli kohal. See võis tuleneda austusest vanema generatsiooni vastu ja vähesest füüsilisest kontaktist arstidega. Arstid tõdesid ka, et nemad on õppinud dementsuse sümptomeid ja nendega kaasneva võivat agressiivset käitumist arvesse võtma ning on üsna ettevaalikud, et ei tekiks konflikti. (Hynninen jt 2014: 8).

2.2 Mittetulemuslikud sekkumismeetodid

Dementsusega patsientide agressiivsus oleneb õdede suhtumisest patsientidesse ja nende omavahelistest suhetest. Austuse puudumine ja patsiendi soovidega mitte arvestamine; tööjõu ja ajapuuduse tõttu liigne kiirustamine ja vähene huvi patsiendi vajaduste vastu; tööeetika ja vastutuse puudumine, kui patsiendile pööratakse tähelepanu alles siis, kui ta on seda aktiivselt nõudnud - need on faktorid, mis soodustavad patsientide agressiivsuse. Mõni õde on isegi harjunud agressiivsust võtma kui loomulikku osa tööst. Need õed arvavad, et agressiivne käitumine kuulub dementsuse juurde ja seda ei saa ennetada. (Zeller jt 2009: 177).

Agressiivne käitumine patsiendi poolt võib tekitada patsiendi vastu ebameeldiva tunde nagu viha. Selle tõttu ennast ebakindlalt tundes kahtlevad õed, kas sellise patsiendiga tegelemine on eetiliselt ja moraalselt lubatud. Patsiendi keeruline käitumine mõjub alandavalt ja eemaletõukavalt, tekitades viha, jõuetuse ja hirmu tunnet ning soovi patsiendi

peale karjuda või teda lüüa. Patsiendile öeldakse tihti: „Käitu korralikult!“. (Rasmussen jt 2013: 5-6).

Agressiivse käitumise peatamiseks kasutatakse ka füüsilist kinnihoidmist, et patsient ennast ega kedagi teist ei vigastaks. Õed tunnistasid, et kellegi kinni hoidmine vastu tahtmist tundub vale ja julm, kuid tundub nagu ei ole muud võimalust. (Rasmussen jt 2013: 5-6). Samas on õed kogenud, et eirates patsiendi protesti ja kasutades rahustamiseks kinni sidumist ja kinni hoidmist, muudab see patsiendi veel rahutumaks ja närvilisemaks (Zeller jt 2009: 185-186).

Õendusspetsialistid tõdesid õpetussituatsioonides, et õed kasutasid mittetulemuslikke sekkumisi. Näiteks agressiivse käitumise vähendamiseks aheldati patsient kõrge kõva seljatoega tooli. Ebamugava kehaasendi tõttu ilmutas patsient valule viitavat kehakeelt, silmkontakti saamine ei olnud temaga võimalik ja ta ei rahunenud. (Borbasi jt 2010: 54-55).

Jälgiti, kuidas õed viivad läbi patsiendi hooldust. Patsiendil paluti end keerata ja liigutada enne valuvaigistava süsti saamist. Valude tõttu ilmutas patsient vastumeelsust enne pesemist ja pesemise ajal. Märgati veel ravimite manustamise ajal, et patsiendid ei suutnud neelata suuri tablette ja ei soovinud neid võtta ning mõni muutus selle tõttu agressiivseks. (Borbasi jt 2010: 54-55).

Õed tunnistasid, et ei oska ette näha patsientide käitumist ja emotsioone seoses dementsusega. Enamik õdesid rõhutab teadmiste puudust tegelemaks just käitumuslike ja psühholoogiliste dementsuse sümptomitega, mis tekitavad barjääri patsiendi mõistmiseks ja mittefarmakoloogiliste vahendite kasutamiseks. (Kolanowski jt 2010: 218).

Pärast õendusspetsialistide juhendamist tunnistasid õed, nähes teistsuguseid sekkumisi, et nende sekkumised olid ebaefektiivsed (Borbasi jt 2010: 54-55).

Leiti ka, et oluline komponent on hääletoon. „Lastega rääkimise tooni“, mida paljud tervishoiutöötajad kasutavad, ei ole eakale patsiendile kohane. See ei meeldi nii patsiendile, kui ka tema lähedastele ning on üheks patsiendi ärritumise põhjuseks. (Jenkins jt 2013: 51; Wang jt 2013: 100).

Sellist hääletooni kasutati just hetkedel, kui patsient oli pessimistlik õendustoimingute suhtes, nuttis või karjus. Selle mõju muutis patsiendi käitumise veel ebameeldivamaks, kui normaalne hääletoon. (Wang jt 2013: 100).

Patsientidega tegeledes on õed pigem toimingute kesksed. Nende eesmärk on veenda patsiente koosööd tegema, et nad saaksid oma töö lõpetada. Dementsusega patsiendid aga ei mõista alati, mida õde räägib ja nendelt küsib. Õde tavaliselt loodab, et vastates patsiendi küsimusele ei küsi patsient seda enam uuesti, kuid halvenenud mälu tõttu võib patsient oma küsimust mitmeid kordi korrata. Dementsusega patsientidega vaieldakse reaalsuse üle, arvestamata nende reaalsustaju kadumist. Kui õed keskenduvad patsiendiga suheldes endale ja rutiinsetele õendustoimingutele ning patsient ei tee koosööd, muutub nende omavaheline suhtlus ebaefektiivseks. Vältima peab ka otsekohest ja õpetlikku kõnemaneeeri. (Wang jt 2013: 102).

3. LAHENDUSED ÕENDUSABI PARENDAMISEKS DEMENTSUSEGA PATSIENDILE

3.1 Koolitused õendusabi parandamiseks dementsusega patsiendile

Dementsusega patsiendiga suhtlemine on tervishoiutöötajatele suur väljakutse. Et pakkuda dementsusega patsiendile kvaliteetsemat õendusabi, on vaja omada häid teadmisi agressiivsest käitumisest ja selle ohjeldamisest. (Enmarker jt 2010: 153).

Kirjandusallikatest selgus, et õendusabi osutamise edendamiseks dementsusega patsiendile on vaja luua lihtsaid koolitusprogramme (Broughton jt 2011: 1436). Selgus, et suurendades õdede teadmisi dementsuse kliinilisest kulgemisest koolituste kaudu, on lihtne viis õdede tööstressi vähendamiseks ja töökvaliteedi parandamiseks (Chenoweth jt 2009: 165; Steen jt 2013: 1).

Patsiendikeskne lähenemine on peamiseks dementsusest tuleneva agressiivsuse ohjeldamise ja ennetamise viisiks (Enmarker jt 2010: 153). Patsiendikeskse õendusabi koolitusel selgitati õdedele, miks on oluline pöörata tähelepanu inimesele, mitte keskenduda tegevusele. Arendati õdede oskusi kaasata patsienti vestlema oma tunnetest. Põhiline oli mõista, et dementsusega inimese käitumine on üks osa suhtlemisest. (Parbury-Stein jt 2012: 411).

Koolitust alustades arvasid õed, et dementsusega inimesega on võimatu suhelda, tema halvenenud verbaalsete oskuste tõttu. Pärast koolituse läbimist oskasid õed näha, et dementsusega inimene annab oma mõtteid edasi just käitumise kaudu. (Parbury-Stein jt 2012: 411).

Osadel koolitustel keskenduti näiteks dementsusega patsiendi vastuhakule hommikuste hügieenitoimingute ajal. Eesmärgiks oli muuta õdede suhtumist dementsusega patsientidesse ja läbi selle vähendada patsientide agressiivsust, samuti arendada õdede tundlikkust jälgima patsiendi käitumist ja ära tundma märke, mis vihjavad eelolevale agressioonile. (Enmarker jt 2010: 159).

Agressioonile vihjavaid märke tavaliselt ignoreeritakse. Kuid agressiivsus on emotsioon, mille kaudu dementsusega patsient suhtleb. Pärast koolitust oskasid õed selliseid märke, mis viitasid patsiendi rahulolematusele, rohkem tähele panna. (Enmarker jt 2010: 159).

Agressiivsuse tekkimist saab ära hoida ka patsiendi keskkonna, nagu magamistuba ja pesemistuba, personaalsemaks muutmisega. Väga oluline on ka privaatsuse austamine. Uuringutest selgus, et löömine on suuremal osal juhtumitest seotud intiimpiirkonna pesemise toimingutega. Patsiendikeskne suhtumine pesemise ajal ja privaatsuse säilitamine näitab austust patsiendi vastu. Kui patsient katta sooja rätikuga, pakkuda talle mugavust, vähendab see ebamugavustunnet ja sellega ka agressiooni. (Enmarker jt 2010: 159).

Õdedele korraldatud suhtluskeskne töötuba arendas samuti õdede vestlust dementsusega patsiendiga. Töötoa eesmärk oli toetada õdesid praktilise ja mõtestatud tegevuse leidmisel dementsusega patsiendile ja kuidas temaga vestlust arendada. Õed koostasid koos patsientide ja nende lähedastega eluloo-kastid, kasutades fotosid ja esemeid minevikust ning rääkisid patsiendiga tema mälestustest. Kastid jäeti patsientide tuppa ja neid saab alati kasutada patsiendiga vestlemiseks. (Wilson jt 2012: 83).

Õdesid küsitleti enne ja pärast töötoa läbimist. Tulemus näitas, et pärast töötuba tundsid õed end võimelisena koguda rohkem informatsiooni dementsusega patsiendi kohta ning seda kasutada vestluste läbiviimiseks ja patsiendi rahustamiseks. (Wilson jt 2012: 83).

Akuutosakonnas tehtud uuringu järel leiti, et õed, kes on läbinud vähimagi vaimse tervise või dementsuse koolituse/juhendamise, on arusaavama suhtumisega dementsusega patsientidesse. Nii õed kui ka õendusassistendid olid üksmeelselt nõus, et on oluline teada dementsuse teooriat ka teaduslikust vaatepunktist. See aitab dementsusega patsienti paremini mõista. (Chater jt 2012: 583-585).

Heaks ideeks peeti ka töötada koos kogunud õega, kes on töötanud dementsusega patsientidega mitmeid aastaid ning omab sellel alal teadmisi ja oskusi. Hiljem oma kogemusi jagades nõustusid õed, et said juurde uusi kogemusi ja praktilisi oskusi ning selline teadmiste vahetamise meetod oli vajalik ja huvitav. (Chater jt 2012: 585-587).

Teises peatükis mainitud õendusspetsialistide meeskond, kes jälgis õdede tööd dementsusega patsientidega ja märkas mittetulemuslikke töömeetodeid, soovitas õdedele uusi meetmeid paremaks õendustegevuseks. Patsiendi kinnitamine mugavasse tooli,

ravimite purustamine, kui patsient ei suutnud neid alla neelata või valuvaigistava süsti manustamine enne pesemist, et patsient ei muutuks agressiivseks. (Borbasi jt 2010: 57-58).

Neid uusi meetmeid kasutades vähenes patsientide vastumeelsus õendustoimingutele tunduvalt ja õed tõdesid, et varasemad töömeetodid olid ebaefektiivsed. Õendusspetsialistide rühm loodi selleks, et näha „tervet pilti“ ja koolitada õdesid kasutama paremaid sekkumismeetodeid dementsusega patsiendile. Esialgne tagasiside uutele sekkumismeetoditele oli õdede poolt positiivne, sest dementsete patsientide agressiivne käitumine tõesti vähenes ja sellega seoses paranes ka nende elukvaliteet. (Borbasi jt 2010: 57-58).

Enamus uuringutest on näidanud, et vastuhakkamine õendusabi andmisel vähenes, kui kasutati kultuurset ja patsiendikeskset lähenemist dementsusega patsiendile. Seega alternatiivsed meetodid on vajalikud ja aitavad õdedel dementsusega patsiendiga kontakti luua. (Konno jt 2014: 2178).

3.2 Mittefarmakoloogiliste sekkumismeetodite võimalused õendusabi kvaliteedi tõstmiseks

Dementsusega patsiendi agressiivse käitumise tõhus juhtimine ja ennetamine on oluline globaalne probleem (Konno jt 2014: 2168).

Uurides muusikateraapia kasutamist agressiivse patsiendi rahustamiseks, on tõestatud, et muusika mõjub kesknärvisüsteemile, on odav ja lihtne meetod ning ei tekita kahjustusi. Muusikat võib mängida raadiost, et dementsusega patsienti rahustada ja taastada koostöö õega. (Nair jt 2013: 48-50).

Teine võimalus on kasutada spetsialisti, kes õpetab/juhendab patsienti ennast muusikat tegema mingi instrumendiga. Selliste teraapiate eelised on vähene maksumus ja need ei avalda negatiivset mõju. (Nair jt 2013: 48-50).

Uuringud on näidanud, et muusikateraapia kaudu saab arendada dementsusega patsiendi ja õe vahelist koostööd. Uuringus osalenud õed läbisid kursuse muusikateraapiast ja selle mõjust inimesele, õppisid laule, mis patsientidele meeldivad ja sobivad ning kasutasid muusikateraapiat hommikuse patsiendihoolduse ajal. (Hammar jt 2011: 167).

Tulemus näitas positiivset arengut nii suhtlemises kui ka koostöös, sest see mõjutas nii patsiente kui ka õdesid positiivses suunas ja tekitas nauditava keskkonna. Autoriteetne kõneviis asendus laulusõnadega, mis rääkisid armastusest, tantsimisest, purjetamisest ja jumalast ning patsiendid keskendusid meloodiale ja tundsid ennast vabamalt. (Hammar jt 2011: 167).

Üks populaarsematest psühhosotsiaalsetest interventsioonidest dementsusega patsiendi hoolduses on *Reminiscence* ehk mälestuste teraapia (vt lisa 2 ja lisa 3), mida tutvustati 1980.aastal (Cotelli jt 2012: 203). Mälestuste teraapia keskendub diskussioonile inimese minevikus toimunud sündmustest, tegevustest ja kogemustest. Et ergutada mälu, kasutatakse abivahendeid, mis on tuttavad patsiendi minevikust. Põhimõte on tugevdada kognitiivseid võimeid. (O'shea jt 2011: 8).

Kuna paljud dementsusega inimesed kannatavad negatiivse meeleolu all, siis mälestuste teraapial on neile palju pakkuda. Näiteks identiteedi säilitamine, õe ja dementsusega patsiendi vahelise suhte lähedasemaks muutmine ning selle läbi individuaalsema lähenemise arendamine (O'shea jt 2011: 8).

See on paindlik interventsioonimeetod, mis võib olla nii planeeritud kui ka spontaanne, nii üksikule inimesele kui ka grupis läbi viidud, kasutades meediat, rollimänge, laulmist või joonistmist (Cooney jt 2014: 2).

Uuringud soovitavad mälestuste teraapiat kui suurepärast tuju ja kognitiivsete võimete arendajat. Läbivaadatud uuringud tõstavad esile mõningaid muutusi dementsusega patsiendi tujus ja käitumises selle teraapia kasutamisel, eelkõige autobiograafilise mälu paranemises. (Cotelli jt 2012: 205). See on hea alternatiiv ravimitele, mida kasutatakse kognitiivsete funktsioonide parandamiseks, eriti kui arvestada ravimite ebasoodsaid kõrvaltoimeid (Jahanbin jt 2014: 236).

Rootsis osalesid ühe õendushooldushaigla õed aasta jooksul valideerimismeetodi koolitusel, mille eesmärk oli arendada suhtlemisuskust ja tähelepanu, et märgata dementsusega patsiendi emotsioone. See aitab keerulistes situatsioonides paremini reageerida. (Söderlund jt 2014: 80).

Efektiivsed suhtlemisuskused on väga olulised õe töös, tagades terapeutilise suhte patsiendi ja õe vahel. Kui on raske aru saada dementsusega patsiendi lausetest, siis

kuulates tema hääletooni, on võimalik aru saada, mis emotsioon teda hetkel valdab. Vastates patsiendile õige emotsiooniga ja hääletooniga, kinnitades tema enesetunnet, kasvab patsiendipoolne usaldus ja kiindumus. (Jenkins jt 2013: 51).

Huvi inimese vastu, hea kuulamisoskus, kõnetooni, näo ja kehakeele jälgimine aitavad mõista dementsusega inimest. Ja vastupidi, kui dementsusega patsient näiteks ei pruugi aru saada, mida õde räägib, siis selle eest mõistab ta õe kehakeelt, hääletooni ja näoilmet ning tunnetab tema empaatiat. (Blackhall jt 2011: 37).

Õed tunnistasid, et arenesid nii verbaalses kui mitteverbaalses suhtluses patsientidega ja muutusid paindlikumaks nende emotsioonide tõlgendamisel. Õed tundsid, et on rahulolevamad oma tööga ja tööalane stress vähenes tunduvalt. Situatsioone, mis tekkisid patsiendi agressiivsusest ja varem tundusid hirmutavad, ei olnud õdede jaoks enam nii rasked ja stressi tekitavad. (Söderlund jt 2014: 84).

Validatsioonimeetodit kasutades proovib õde aru saada, kuidas dementsusega patsient tõlgendab maailma ja õde ei sega vahele. Validatsioonimeetodis ei ole oluline reaalne aeg ja kuupäevad, pigem püütakse aru saada, miks patsient mingil viisil käitub ja räägib. Selline lähenemine aitab luua head suhtlemistehnikat ja arusaamist patsiendi käitumise põhjustest. (Blackhall jt 2011: 36).

Oluline on koguda vajalikku informatsiooni dementsusega patsiendi kohta, nagu minevikus läbi elatud traagilised sündmused või ka patsienti positiivselt mõjutanud sündmused, mida ta võib ajataju kadumise tõttu uuesti läbi elada. Näiteks kui patsient pidevalt riietub ja soovib välja minna, siis aitab see õdedel mõista, et sellise käitumise põhjustab mälestus või mure minevikust. (Jenkins jt 2013: 51).

Pärast valideerimise koolitust avaldasid õed soovi seda ka edaspidi jätkata, et validatsioonimeetodeid mitte unustada. Lisaks peavad nad oluliseks aeg-ajalt arutada keeruliste situatsioonide ja nende lahendusmeetodite üle, et oma tööd paremini organiseerida. Koolituse läbinud õed soovisid ka, et nende kolleegid, kes koolitusel ei osalenud, selle läbiksid ja omandaksid samad teadmised. (Söderlund jt 2014: 84-85).

Enne koolitust keskendusid õed oma töös rohkem sellele, et patsient saaks aru, mida tal teha palutakse, kui sellele, mida patsient hetkel räägib ja kus ta oma peas viibib. Pärast validatsioonimeetodi õppimist õed tunnistasid, et kommunikatsioon nende ja patsientide

vahel muutus paremaks ja õed oskasid jälgida hoopis patsiendi juttu. See muutis paremaks dementsusega patsiendi elukvaliteedi õendushoolduskodus ning tõstis õdede enesehinnangut. (Söderlund jt 2014: 84-85).

4. ARUTELU

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada õendusabi dementsusega patsiendile.

Antud teema sai valitud autori isikliku töökogemuse tõttu dementsusega patsientide osakonnas. Töö autor märkas, et õe ja dementsusega patsiendi vahel on palju suhtlusprobleeme ja konflikte. Õendustoimingute teostamise ajal võis patsient osutada vastupanu ja muutuda agressiivseks. Patsient ei mõistnud õde ja vastupidi õde ei mõistnud patsienti.

Autori ja ka mitmete kirjandusallikate autorite (Wilson jt 2012: 78; Borbasi jt 2010: 49; Quinn jt 2012: 1196) arvates, on teema aktuaalne kogu maailmas inimkonna vananemise ja dementsusega inimeste arvu kasvamise tõttu. Järjest rohkem on haiglates ja just õendushooldusasutustes dementsusega patsiente. Eestis peaks eelduste kohaselt olema vähemalt 10 000 dementsussündroomiga ja 7000 Alzheimeri tõve põdevat patsienti.

Uurimistööks vajalikku kirjandust analüüsid tões autor, et raskusi suhtlemises õdede ja dementsusega patsientide vahel on igal pool maailmas ja kirjandusallikaid nendest probleemidest on piisavalt. Põhiprobleemiks on teadmatus, kuidas hakkama saada dementsusega patsiendiga, kes muutub õendusabi osutamise ajal agressiivseks. Sellest omakorda tuleneb õdede läbipõlemise oht. Õed on pidevalt kurnatud ja stressis.

Uurimistöö autori arvates saab koolitused jagada kaheks:

- 1) Õdede teadmiste tõstmine dementsusest teaduslikust vaatepunktist.
- 2) Suhtlemisõpetus dementsussündroomiga patsientidega.

Kirjandusallikate autorite (Chenoweth jt 2009: 165; Steen jt 2013: 1) uuringutest selgus, et üks lihtne viis õdede töö kvaliteedi parandamiseks dementsusega patsientidega ja tööstressi vähendamiseks on suurendada õdede teadmisi dementsusest koolituste ja töötubade kaudu.

Ka (Chater jt 2012: 583-585) uuringus akuutosakonnas väitsid õed, et teadmised dementsusest teaduslikust vaatepunktist aitasid neil patsiente paremini mõista ja selle kaudu muutus suhtumine patsientidesse positiivsemaks.

Suhtlusprobleemide lahendusteks toodi välja erinevaid võimalusi. Üheks põhiliseks patsiendi agressiivsuse ohjeldamise meetodiks peetakse patsiendikeskset lähenemist. Patsiendikeskne lähenemine on individuaalne lähenemine patsiendile, arvestades patsiendi soovide ja privaatsusega. Koolitustel õpetati õdedele, kuidas jälgida märke, mis viitavad eelolevale agressiivsusele ja keskenduti toimingute paremale läbiviimisele.

Patsiendikeskse lähenemise jaoks on vajalik arendada ka head suhtlemisoskust. Autor nõustub kirjandusallikate autoritega (Blackhall jt 2011: 37; Jenkins jt 2013: 51), et dementsusega patsiendiga suhtlemisel on oluline jälgida kõiki märke. Kui kõne on arusaamatu, siis jälgides patsiendi emotsiooni ja kehakeelt, on võimalik mõista, mis probleem patsienti vaevab. Või vähemalt osa sellest.

Kirjandusallikaid läbi töötades leidis autor ka erinevate teraapiate kasutamist õdede töös. Autor ise on proovinud kasutada laulmist patsiendile ja patsiendiga koos hommikuste toimingute läbiviimise ajal.

Patsient keskendus laulule, ka vähesele kaasaulmisele ning riietumine toimus lodusamalt kui tavaliselt. Sarnast tulemust näitas ka kirjandusallikast leitud uuring, et laulmise ajal patsiendi riietamine sujus paremini, patsient läksid õe laulmisega kaasa ja ei olnud vaja lisaseletusi. Selline lähenemine ei pruugi kõigile sobida.

Uuringud on näidanud, et muusika kindlasti mõjutab kesknärvisüsteemi, on lihtne ja ei nõua rahalisi ressursse. Muusikat on võimalik mängida ka raadiost või kasutada selleks muusikateraapia koolituse läbinud spetsialiste, kes patsiente juhendavad ka muusikainstrumendi mängimisel.

Mitmeid artikleid oli ka mälestuste teraapia ja valideerimismeetodi kohta, mida õdedele õpetatakse. Mõlemad meetodid on mõeldud samuti selleks, et õendusabi oleks võimalikult patsiendikeskne.

Mälestuste teraapias keskendutakse mälestustele, mis patsiendile meenuvad ja selle kaudu proovitakse ergutada mälu ning tõsta kognitiivseid võimeid. Validatsiooni kasutades proovib õde mõista, kuidas dementsusega patsient maailma tõlgendab ja miks patsient mingil viisil käitub.

Nii mälestusteraapia kui ka validatsioonimeetodi koolituse läbinud õed märkisid, et koolitused aitasid vähendada stressi ja patsiente paremini mõista. Söderlund jt (2014: 84-

85) läbiviidud uurigus osalenud õed soovisid koolitust tulevikus isegi korrata, et mitte unustada valideerimist ja tahtsid, et kõik õed selle läbiksid. Koolituse ajal arutati üksteisega keerulisi situatsioone dementsusega patsientidega, mis tagas õdede vahel kasuliku arutelu ja koostöö.

Lähtudes enda töökogemustest, nõustub käesoleva uurimistöö autor sellega, et kolleegidega tööprobleemide arutamine on väga oluline osa tööst. Analüüsides nii enda kui ka kolleegide käitumist dementsusega patsientidega tegelemisel, saavad kõik uusi ideid.

Uurimistööd kokku pannes sai autor kinnituse arvamusele, et õendusabi andmine dementsusega patsiendile on suur väljakutse patsientide agressiivsuseepisoodide tõttu. Õed peavad patsiente pidevalt jälgima ja märkama nende käitumismuutusi. Õdedel on palju tööd ja keeruliste situatsioonide tõttu kogevad nad tihti stressi ja läbipõlemist.

Leitud kirjandusallikates tehtud uuringutest selgus, et õdede töö edendamiseks on vajalikud koolitused ja töötoad, et õppida mõjuvaid lähenemisviise dementsusega patsiendile. Pärast koolituste läbimist andsid õed positiivse tagasiside ja pidasid koolitusi vajalikuks. Eelkõige peeti oluliseks austust ja lugupidamist patsiendi vastu, mis on ka autori arvates kvaliteetse ja patsiendikeskse õenduabi alus.

Ettepanekud

- Pakkuda tööd õppematerjaliks Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis vaimse tervise õenduse õppes.
- Avaldada töö tulemused ülevaateartiklina ajakirjades „Pereõde ja „Eesti Õde“.
- Tulevikus saab autor antud teemal koostada empiirilise uurimistöö.

JÄRELDUSED

Lähtudes lõputööle püstitatud ülesannetest võib tehtud analüüsi põhjal teha järgnevad järeldused:

- Õdedel tekivad probleemid õendusabi osutamisel dementsusega patsiendile, sest on raske aru saada patsiendi vajadustest. Mäluprobleemide tõttu väljendab patsient ennast arusaamatult või ei saa tema aru õest õendustoimingu läbiviimise ajal ja ei osale koostöös. Dementsusega patsient võib muutuda rahutuks ja agressiivseks. Õed ei oska jälgida märke, mis viitavad algavale agressiivsusele ja ei tea, et agressioon on üks dementsusega inimese eneseväljendusviisidest. Et patsient ennast ega kedagi teist ei vigastaks kasutatakse agressiivsuse ohjeldamiseks ka kinnihoidmist ja kinnisidumist. Õed tunnsitasid, et selline meetod tundub julm ja vale, kuid samas tundub ainsa võimalusena. Mõni õde on isegi harjunud agressiivsust võtma kui loomulikku osa tööst. Need õed arvavad, et agressiivne käitumine kuulub dementsuse juurde ja seda ei saa ennetada.

- Lahendusteks õendusabi parendamiseks dementsusega patsiendile osutusid koolitused ja töötoad õenduspersonalile. Uuringud näitavad, et koolitused dementsusest ja patsiendikesksest õendusest aitavad õdedel aru saada nii dementsuse olemusest kui ka vajadusest rakendada patsiendikeskset suhtlust. Pärast koolitusi muutus õdede suhtumine dementsusega patsientidesse positiivsemaks ja mõistavamaks. Õed hakkasid patsientidesse suhtuma suurema kannatlikkusega. Samuti õdedele õpetatud erinevad sekkumismeetodid nagu laulmine, valideerimine ja mälestusteraapia aitasid leida suhtlusteemasid dementsusega patsientidega. Sekkumismeetodeid kasutades on võimalik luua meeldivam keskkond ja muuta koostöö patsiendiga sujuvamaks. Uuringutest selgus, et tänu koolitustele ja töötubadele õendusabi kvaliteet paranes ja õed soovitasid koolitusi ka oma kolleegidele, kes alguses ei olnud koolitustest huvitatud.

KIRJANDUS

Adibelli, D., Kilic, D. (2012). Difficulties experienced by nurses in older patient care and their attitudes toward the older patients. *Nurse Education Today*, 33, 1074-1078.

Blackhall, A., Hawkes, D., Hingley, D., Wood, S. (2011). VERA framework: communicating with people who have dementia. *Nursing Standard*, 26(10), 35-39.

Borbasi, S., Emmanuel, E., Farrelly, B., Aschroft, J. (2010). A Nurse Practitioner initiated model of service delivery in caring for people with dementia. *Contemporary Nurse*, 36(1-2), 49-60.

Borbasi, S., Jones, J., Lockwood, C., Emden, C. (2006). Health Professionals' Perspectives of Providing Care to People with Dementia in the Acute Setting: Toward Better Practice. *Geriatric Nursing*, 27(5), 300-308.

Broughton, M., Smith, E. R., Baker, R., Angwin, A. J., Pachana, N. A., Copland, D. A., Humphreys, M. S., Gallois, C., Byrne, G. J., Chenery, H. J. (2011). Evaluation of a caregiver education program to support memory and communication in dementia: A controlled pretest-posttest study with nursing home staff. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1436-1444.

Bruus, I. (2009). Patsiendikesksus eakate hooldusravis - patsientide vaatekohad. Magistritöö õendusteaduses. Tartu: Tartu Ülikool.

Chater, K., Hughes, N. (2012). Strategies to deliver dementia training and education in the acute hospital setting. *Journal of Research in Nursing*, 18(6), 578-593.

Chen, Y-H., Lin, L-C., Chen, K-B., Liu, Y-C. (2014). Validation of a Causal Model of Agitation Among Institutionalized Residents With Dementia in Taiwan. *Research in Nursing & Health*, 37, 11-20.

Chenoweth, L., Jeon, J-H., Merlyn, T., Brodaty, H. (2009). A systematic review of what factors attract and retain nurses in aged and dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 156-167.

Cooney, A., Hunter, a., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., Dempsey, L., Murphy, E., Jordan, F., O'shea, E. (2014). 'Seeing me through my memories': a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1-11.

Cotelli, M., Manenti, R., Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72(3), 203-205.

Enmarker, I., Olsen, R., Hellzen, O. (2010). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *International Journal of Older People Nursing*. 6(2), 153-162.

Fact sheet. (2012). World Health Organization.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> (07.05.2014)

- Hammar, L. M., Emami, A., Engström, G., Götell, E.** (2011). Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 160-168.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P.** (2004). Uuri ja kirjuta. Tallinn: AS Medicina.
- Hynninen, N., Saarnio, R., Isola, A.** (2014). The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1-10.
- Jahanbin, I., Mohamadnejad, S., Sharif, F.** (2014). The Effect of Group Reminiscence on the Cognitive Status of Elderly People Supported by Ilam Welfare Organization in 2013; A Randomized Controlled Clinical Trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(4), 231-239.
- Jenkins, C., McKay, A.** (2013). Collaborative health promotion in middle and later stages of dementia. *Nursing Standard*, 27(37), 49-56.
- Kolanowski, A., Fick, D., Frazer, C., Penrod, J.** (2010). It's About Time: Use of Nonpharmacological Interventions in the Nursing Home. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 214-222.
- Konno, R., Kang, H. S., Makimoto, K.** (2014). A best-evidence review of intervention studies for minimizing resistance-to-care behaviours for older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2167–2180.
- Linnamägi, Ü., Asser, T.** (2004). Dementne inimene, koormus ühiskonnale. *Eesti Arst*, 83(4), 256 - 261.
- Nair, B. R., Browne, W., Marley, J., Heim, C.** (2013). Music and dementia. *Degenerative Neurological and Neuromuscular Disease*. 3, 47-51.
- O'Shea, E., Devane, D., Murphy, K., Cooney, A., Casey, D., Jordan, F., Hunter, A., Murphy, E.** (2011). Effectiveness of a structured education reminiscence-based programme for staff on the quality of life of residents with dementia in long-stay units: A study protocol for a cluster randomised trial. *Trials*, 12(41), 1-10.
- Quinn, C., Clare, L., Woods, R. T.** (2012). What predicts whether caregivers of people with dementia find meaning in their role? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 1195–1202.
- Rasmussen, H., Hellzen, O.** (2013). The meaning of long-term caregiving for patients with frontal lobe dementia. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 8, 1-10.
- Sinialu, V.** (2005). Eesti tervishoiu kvaliteedistrateegia. *Eesti Arst*, 84(1), 53-55.
- Steen, J. T., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Knol, D. L., Ribbe, M. W., Deliëns, L.** (2013). Caregivers' understanding of dementia predicts patients' comfort at death: a prospective observational study. *BMC Medicine*, 11, 1-12.

Stein-Parbury, J., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Haas, M., Norman, R. (2012). Implementing Person-Centered Care in Residential Dementia Care. *Clinical Gerontologist*, 35, 404–424.

Söderlund, M., Norberg, A., Hansebo, G. (2014). Validation method training: nurses' experiences and ratings of work climate. *International Journal of Older People Nursing* 9, 79-89.

Tegevusjuhendaja käsiraamat. Tervise Arengu Instituut.

http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimestele/Erihoolekandeteenused/Tegevusjuhendaja_k%C3%A4siraamat.pdf (08.03.2014)

Zaidat, O., O., Lerner, J., A. (2002). Neuroloogia taskuraamat. Tallinn: AS Medicina.

Zeller, A., Hahn, S., Needham, I., Kok, D., Dassen, T., Halfens, R. J. G. (2009). Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: A systematic literature review. *Geriatric Nursing*, 30(3), 174-187.

Wang, J-J., Hsieh, P-F., Wang, C-J. (2013). Long-term Care Nurses' Communication Difficulties with People Living with Dementia in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 7, 99-103.

Wilson, C. B., Swarbrick, C., Pilling, M., Keady, J. (2012). The senses in practice: enhancing the quality of care for residents with dementia in care homes. *Journal of Advanced Nursing*. 69(1), 77-90.

Õendusabi. (2009). EV Sotsiaalministeerium.

<http://www.sm.ee/tegevus/tervis/tervishoid-ja-ravimid/oendusabi.html> (03.12.2013)

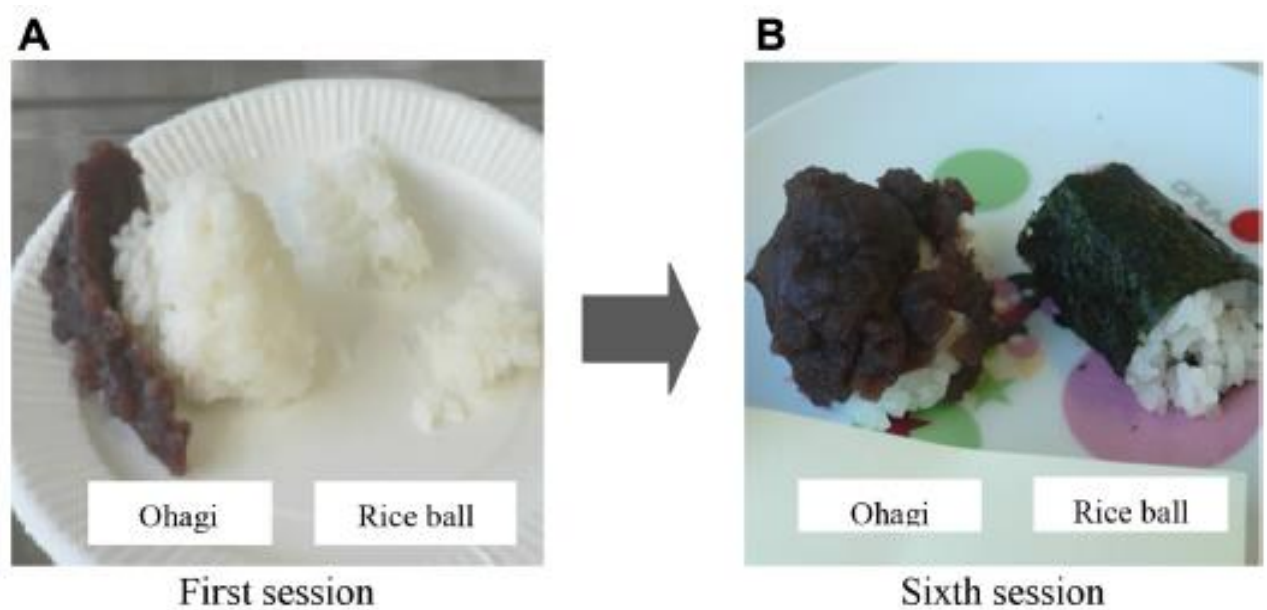
Lisa 1 Valideerimise meetod

Valideerimise eesmärk on vähendada stressi ning säilitada eneseväarikus. Baseerub arenguteoorial, et vanas eas, kui kontroll on kadunud, ollakse desorienteeritud, vajatakse emotsioonide väljendamist eesmärgiga surra rahu. Validatsiooni tehnikad põhinevad printsiibil, et kui emotsioonid on alla surutud, muutuvad nad hullemaks, seetõttu on oluline emotsioone väljendada. (Tegevusjuhendaja ... 2010: 55).

Lisa 2 Reminiscence teraapia

Rreminiscence teraapia ehk mälestusi äratav lähenemisviis toimib emotsioonide kaudu. Mälestusi äratava meetodi eesmärk on stimuleerida dementsusega inimese mälu ja tundeid, püüdes meenutada tema elulugu. Koostatakse ka elulooraamatud, kuhu asetatakse fotosid ning kirjutatakse lugusid elusündmustest. Uurimused on näidanud selle meetodi tõhusust meeleolu, käitumise ja kognitiivsete funktsioonide lühiaegse parandajana. (Tegevusjuhendaja ... 2010: 55).

Lisa 3 Reminiscence teraapia tulemus



Cooney, A., Hunter, a., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., Dempsey, L., Murphy, E., Jordan, F., O'shea, E. (2014). 'Seeing me through my memories': a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1-11.