

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool  
õenduse õppetool

Katrin Auser

**DEMENTSUSEGA EAKATE PATSIENTIDE AGRESSIIVSE KÄITUMISE  
NEGATIIVNE MÕJU ÕDEDE JA HOOLDUSTÖÖTAJATE TERVISELE  
ÕENDUSABI OSUTAMISEL HOOLDEKODUS**

Diplomitöö

Tallinn 2010

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

Diplomitöö autori allkiri: .....

Kuupäev "....." .....200.....a.

Lubatud kaitsmisele

Juhendaja: .....

*/nimi ja akadeemiline kraad/*

.....

*/allkiri/*

Kuupäev "....." .....200.....a.

## KOKKUVÕTE

Katrin Auser (2009). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool. Dementsusega eakate patsientide agressiivse käitumise negatiivne mõju õdede ja hooldajate tervisele õendusabi osutamisel hooldekodus. Diplomitöös on 30 lehekülge, 39 kirjandusallikat, 2 lisa.

Diplomitöö eesmärgiks on anda kirjeldav ülevaade dementsusega agressiivse käitumisega eaka õendushoolduse eripärast ja selle negatiivsest mõjust, mis tingib õdede tööstressi ja läbipõlemise eakate patsientide hooldamisel hooldekodus. Diplomitöö eesmärgist tulenevad ülesanded on:

- Anda ülevaade dementsuse sündroomiga eaka võimalikust agressiivsest käitumisest ja selle põhjustest.
- Anda ülevaade agressiivse käitumise negatiivsest mõjust õdede ja hooldajate tervisele.

Uurimistöö metoodika põhineb kirjanduse kvalitatiivsel analüüsil. Kirjandusallikatena kasutati teemakohast inglise-, soome- ja eestikeelset teaduskirjandust, teaduslikke artikleid. Infootsing teostati EBSCOhost andmebaasis, samuti kasutati Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli Raamatukogu ja Eesti Rahvusraamatukogu.

### Tulemused ja järeldused

- Peaaegu kõikidel eakatel dementsusega patsientidel arenevad isiksuse- ja käitumise muutused haiguse progresseerudes. Dementsusega kaasnev agressioon on selgelt väljendunud füüsiline, verbaalne või seksuaalne kahjulik mõju teistele isikutele, mis oma olemuselt ei ole juhuslik.
- Pidev tajutav oht põhjustab õdedel kõrgendatud stressi ja pidev füüsiline ründamine toob kaasa emotsionaalse ammendumise. Õdede vastu suunatud rünnak võib tuua kaasa ka põlguse agressiivse käitumisega patsientide suhtes ja soovi nende eest mitte hoolitseda. Hooldekodudes esinevate sagedaste vägivalda juhtumite tõttu ei ole õdede-patsientide vaheline suhe tugev ja usaldusväärne.

**Võtmesõnad:** *dementia care, dementia nursing, aggressive behavior, aggression in elderly, dementia and aggressiveness*

## **SUMMARY**

Katrin Auser (2009). Tallinn Health Care College, Chair of Nursing. **Nursing management of an aggressive elderly patient with a dementia at nursing home and negative impact of health of nurses.** The diploma work contains 30 pages, 39 literature references, 2 table.

The object of the present diploma work is to provide a descriptive overview of nursing management peculiarities of an aggressive elderly patient with a dementia syndrome and reasons of work stress and burnout of nurses during nursing elderly patients at nursing homes. The tasks of the diploma work derived from its objective:

- to give a literature overview on dementia syndrome in elderly patients and to describe aggressions caused thereof.
- to give a literature overview on negative impact of aggression of health of nurses and caregivers.

The survey method is based on qualitative analyses of literature. Regarding literature sources, topical scientific literature and scientific articles in the English, Finnish and Estonian languages were implemented.

## **Results and conclusions**

In case of an elderly patient with a dementia syndrome management of every day routines is entirely disturbed. Nursing is complicated due to aggression and agitation. Aggressive behaviour of patients has psychological and physical impact on service providers, nurses and carers, for what reason they often experience stress, negative feelings and burnout. At nursing homes there are often cases of violence and relations between nurses and patients are thus not strong and reliable. Nurses and cares working with such patients should receive special training, gerontological nursing is a very important branch of nursing.

**Key words:** *dementia care, dementia nursing, aggressive behaviour, aggression in elderly, dementia and aggressiveness*

## **SISUKORD**

<b>KOKKUVÕTE .....</b>	<b>3</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>4</b>
<b>SISUKORD .....</b>	<b>5</b>
<b>SISSEJUHATUS.....</b>	<b>6</b>
<b>1. UURIMISTÖÖ METOODIKA.....</b>	<b>10</b>
<b>2. DEMENTSUS JA SELLEGA KAASNEV AGRESSIIVNE KÄITUMINE .....</b>	<b>11</b>
2.1 Dementsus eakal ja selle üldtunnused .....	11
2.2 Dementsusega kaasnevad probleemid .....	12
2.3 Dementsusega kaasnev agressiivne käitumine .....	13
2.4 Võimalikku agressiivset käitumist tekitavad elamistoimingud eakatel dementsusega patsientidel ja nendega toimetulek .....	15
<b>3. AGRESSIIVSE KÄITUMISE NEGATIIVNE MÕJU ÕDEDE JA HOOLDUSTÖÖTAJATE TERVISELE.....</b>	<b>19</b>
<b>4. ARUTELU.....</b>	<b>23</b>
<b>JÄRELDUSED .....</b>	<b>25</b>
<b>KASUTATUD KIRJANDUS.....</b>	<b>26</b>

## SISSEJUHATUS

Diplomitöö teema on dementsusega kaasneva agressiivse käitumise negatiivne mõju õdede ja hooldajate tervisele õendusabi osutamisel hooldekodus. Antud teemat ajendas uurima eakate inimeste suur osakaal Eestis ning asjaolu, et autor töötab dementsete eakatega patsientidega hooldekodus. Teema olulisust lisab veel see, et pahatihti saab osaks eakatele dementsetele patsientidele nn mittehooliv hoolitsus tingituna nende haigusega kaasnevast agressiivsest käitumisest. Autorile pakkus huvi, mis kutsub esile eakal patsiendil agressiivse käitumise teda hooldava õendushooldusteenuse pakkuja vastu ja kas patsiendi selline käitumisviis võib muuta õe suhtumist temasse kui patsienti, viia õe/hooldaja tööstressi või kahjustada õe/hooldaja tervist.

Üldise taustana võib märkida, et 65-aastaseid ja vanemaid inimesi on Eestis viimaste kogutud andmete kohaselt kokku veidi enam kui 225 000 ehk 16,7% kogurahvastikust (1.jaanuar 2006). Üle 85-aastaseid inimesi on Eestis praegu kokku ligikaudu 16 000 ehk 1,2% rahvastikust. Üle 65 aastaste hulgas on dementsuse esinemissagedus 5 – 8%; üle 75 aastaste hulgas 15 – 20% ja üle 85 aastaste hulgas 25 – 50%. (Statistikaamet 2006).

Dementsus on üks põhjustest, miks pereliikmed otsustavad paigutada eaka sugulase hooldekodusse. (Kolanowski jt 1999: 278; Koponen 1999: 1629; Pulsford jt 2006: 613). Dementsus on kulukas patsientidele ja nende peredele nii sotsiaalselt kui majanduslikult (Auperle 2006: 101).

Peaaegu kõikidel dementsusega patsientidel arenevad isiksuse- ja käitumise muutused haiguse progresseerudes. Agressiivsuse laad ja sagedus varieerub haiguste jooksul. Need omadused toovad kaasa koormuse suurenemise õdedele ja hooldajatele. Käitumise probleemi põhjuse väljaselgitamine on õe töös oluline, kuigi agressiivset käitumist ei ole sageli võimalik täielikult kõrvaldada. (Rayner jt 2006; Brodaty 2003: 36; Skovdahl 2004; Morgan jt 2005: 347).

Viimastel aastatel on hakatud pöörama suuremat tähelepanu agressiooni ja vägivalla juhtumite vastu, mida osutatakse tervishoiuteenuste pakkujaile, õdedele ja hooldajatele. Patsientide selline käitumisviis avaldab teenusepakkujaile psühholoogilist ja füüsilist mõju. Spontaanne ja tahtmatust laadi agressiivne käitumine dementsusega eakate inimeste poolt on suhteliselt triviaalne nähtus, mis peaks olema mõistetav oma ala asjatundjaile, õdedele,

"osa tööst". Tervishoiu töötajad, kes kogevad märkimisväärset stressi, negatiivsed tunded ja läbipõlemist, peavad põhjuseks just patsientide agressiivset käitumist. (Kolanowski jt 1999; Oser 2000; Pulsford jt 2006: 611).

**Uurimisprobleemiks** on hooldekodus elava dementsusega eaka patsiendi agressiivne käitumine õdede ja hooldajate suhtes, mis avaldab negatiivset mõju töötajate tervisele põhjustades stressi ja sellest tingitud kaadri voolavust.

**Diplomitöö eesmärgiks** on kirjeldada hooldekodus elava dementsusega eaka patsiendi agressiivset käitumist ja selle negatiivset mõju õdede ja hooldajate tervisele.

Diplomitöö eesmärgist tulenevad **ülesanded** on:

- Anda kirjanduse ülevaade dementsuse sündroomiga kaasnevast agressiivsest käitumisest ja selle põhjustest eakal patsiendil.
- Anda kirjanduse ülevaade agressiivse käitumise negatiivsest mõjust õdede ja hooldajate tervisele.

Agressiivne ja vägivaldne käitumine on enamasti väga valulikult talutavad, kuid seda tuleb seostada haigusega, mitte haige pahatahtlikkusega. (Linnamägi 2000). Agressiivne käitumine on tõenäoliselt kõige tõsisem väljakutse dementsusega seonduvate käitumishäirete puhul. Tagajärjed personalile võivad olla füüsilised vigastused, tööaja kadu ja psühholoogilised probleemid. Tööstress, läbipõlemine ja tööjõu voolavus on samuti seotud füüsiliselt agressiivse käitumisega. See võib olla takistus hooldusele ja mõjuda negatiivselt personali-patsiendi suhetele ja viia füüsiliste ja farmakoloogiliste tõkendite kasutamisele. (Douglas jt 2004; Morgan jt.2005: 348).

Dementsusega eakal on raske ennast sõnades väljendada ning võib olla raskusi kõnest arusaamisel. Samuti on raskusi uue õppimisel ja ootamatudes olukordades ei oska nad õigesti käituda. See võib kutsuda esile agressiivset käitumist. (Gitlin jt 2005: 39-40).

Ideaalis peaks olema erihooldekodud eakatele dementsetele, kes ei vaja spetsiaalset hooldusravi, kuid kes oma olemuselt ei sobi üldhooldekodudesse. (Jaques 2000: 94). Dementsusega eakate patsientide käitumise mittemõistmine võib viia sobimatu hoolduseni ja valmistada pettumust nii õendustöötajatele kui ka patsientidele. Selliste patsientidega töötavatel õdedel ja hooldajatel peaks olema saadud vastav koolitus, et leida õiged

lähenemisviisid ja vahendid agressiivsete eakate patsientidega toimetulekul. Just õdede/hooldajate rahulik käitumine on dementsete stabiilsuse tagamisel. (Rayner jt 2006; Mc Closkey 2004: 140; Skovdahl jt 2004).

### **Töös kasutatavad põhimõisted**

**Dementsus** (*dementia*) - psüühika ja käitumishäirete klassifikatsioon defineerib dementsuse kui kroonilise või progresseeruva kuluga sündroomi, mille korral on häiritud mitu kõrgemat kortikaalset funktsiooni (s.h mälu ja mõtlemine) ning need on väljendunud määral, et see häirib igapäevaseid toiminguid ja aktiivsust (Linnamägi jt 2006: 4-5).

**Agressiivne käitumine** (*aggressive behavior*) - nähtav, kahjustav tegevus, mis on suunatud mitte-juhuslikult iseenda või teiste vastu (Koponen 1999: 1629; Rodney 2000: 173). Dementsusega kaasnev agressiivsus esineb sageli päevasel ajal ja olukorras, kus patsient vajab isiklikku abistamist igapäevatoimingutes (Koponen 1999: 1629).

**Agiteeritus** (*agitation*) - mittekohast motoorset või sõnalist käitumist, mida ei ole võimalik seletada rahuldamata vajadusega või segasusseisundiga. Agiteeritud ilmingud on: agressiivne käitumine, kohati füüsiline, kuid mitteagressiivne käitumine, sobimatu sõnaline agiteeritud käitumine. (Rayner jt 2006).

**Eakas** (*elderly*) – üle 65-aastane inimene (Saks 2000: 615).

**Õendusabi** (*nursing*)- õendusabi tervishoiuteenuse ehk hooldusravi eesmärgiks on patsiendi väljakujunenud tervisliku ja funktsionaalse seisundi säilitamine ja võimalusel parandamine, stabiilses seisundis haigete pikaajaline ravi ja toetamine õendustegevuse kaudu, patsientide ettevalmistamine hooldusasutusse või koduhooldusele suunamiseks ning surijate õendusabi (Hooldusravi tervishoiuteenuse...2007: 6).

**Hooldaja** (*caregiver*) - kutsealase ettevalmistusega töötaja, kes on omandanud tööks vajalikud teadmised ja oskused töökohal kliendi/patsiendi hooldamiseks, juhendamiseks ning toimetuleku parandamiseks. Ta aitab abivajajal tervist taastada, saavutada ja säilitada ning toetab teda surma lähenedes. (Õendushoolduse osutamise...2007: 4).



**Õde** (*nurse*) - isik, kes on lõpetanud õendusala põhikoolituse üldprogrammi ning kellele on vastava maa seadusandliku organi poolt antud õigus praktiseerida õendusosal. (Õendushoolduse osutamise 2007:4).

**Hooldekodu** (*nursing home*)– eakatele, vaimuhaigetele ja raskete vaimsete või kehaliste puuetega isikutele elamiseks ja hooldamiseks loodud asutus, kus vajadusel osutatakse ambulatoorseid tervishoiuteenuseid (perearst, pereõde, koduõendusteenus jmt.) (Õendushoolduse osutamise...2007:4).

**Tervis** (*health*)- täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte ainult haiguste või füüsilise vea puudumine. Tervis on universaalne väärtus ja inimese põhiõigus. (Maailma Terviseorganisatsioon: 1999).

## 1. UURIMISTÖÖ METOODIKA

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

Kirjanduse otsimisel kasutati elektroonilistest allikatest teadusandmebaasi EBSCO: *Academic Search Premier, Medline ja Medscape*. Märksõnadeks olid: dementsusega patsiendi hooldus (*dementia care*), dementsusega patsiendi õendushooldus (*dementia nursing*), agressiivne käitumine (*aggressive behavior*), agressiivne käitumine eakal patsiendil (*aggression in elderly*), toimetulek agressiivse dementsuse patsiendiga (*management on aggression in dementia*), vägivald ja dementsus (*violence and dementia*).

Kirjandusallikate valiku kriteeriumiteks olid teaduspõhisus, vastavus teemale ja ajaline sobivus. Infootsingu tähtsaimaks kriteeriumiks oli uuritava materjali haakumine valitud diplomitöö teemaga. Õendusteaduslike artiklite valimise kriteeriumiks oli, et need oleks avaldatud, eelretsenseeritud ning õendusteaduslikes või teemakohastes ajakirjades. Sobivaid artikleid valiti võtmesõnade ja kokkuvõtete järgi. Antud teemal ilmunud kirjandusallikaid süstematiseeriti ja analüüsiti. Samuti kasutati kirjandusallikatena raamatuid ja õpikuid. Materjali kogumiseks kasutati Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli Raamatukogu ja Eesti Rahvusraamatukogu.

Kõik uurimistöös kasutatud allikad on ilmunud 1999-2009 aastatel. Esialgelt valiti 60 artiklit, kuid töös kasutati 39. Kõik uurimistöös kasutatud kirjandusallikad on diplomitöös viidatud. Diplomitöö vormistamisel, koostamisel ja kokkupanemisel on järgitud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli üliõpilastööde koostamise ja vormistamise juhendit.

Uurimistöõ etapid: andmete ja teemakohase kirjanduse kogumine ja läbitöötamine.

## **2. DEMENTSUS JA SELLEGA KAASNEV AGRESSIIVNE KÄITUMINE**

### **2.1 Dementsus eakal ja selle üldtunnused**

Dementsus tuleneb ladina keelsetest sõnadest de-ära ja mens- vaim, mõistus. Maailma Tervishoiuorganisatsiooni psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon ICD- 10 liigitab dementsuse orgaaniliste psüühikahäirete hulka. Mõnikord kaasneb või eelneb kognitsioonihäiretega emotsionaalne pidurdamatus, motivatsiooni või sotsiaalse käitumise halvenemine. Dementsuse süvenedes on enamasti häiritud igapäevategevused: söömine ja söögi tegemine, pesemine, riietumine, isiklik hügieen, tualeti kasutamine. (Gitlin jt 2005: 32).

Dementsusega kaasneb eelkõige kommunikatsioonivõime kahjustumine ja häirub oskus kohaneda keskkonnaga, mis võib ilmneda agressiivsuse või asotsiaalsuse, liikumis-, kõnelemis- ja füsioloogilise toimetuleku raskusena, tehes õdedele veelgi keerulisemaks nende vajaduste hindamise ja vajaliku hoolduse tagamise. (Cohen-Mansfield 2000: 17; Miller 2008: 58).

Epidemioloogilistest uurimustest selgub, et üle 65- aastaste vanuserühmas on dementsuse levimus 5-8%(6,7%) ja ligi 50 protsentil eakatest, kel vanust rohkem kui 85 aastat mõjutab dementsus mitmeid kognitiivseid funktsioone. (Linnamägi 2005: 9; Auperle 2006: 101).

## 2.2 Dementsusega kaasnevad probleemid

Dementsuse puhul on häiritud mälu ja mõtlemine sellisel tasemel, et need häirivad inimese igapäevaelu. Dementsetel eakatel on probleemid igapäevatoimingute sooritamise, nagu pesemine, söömine, riietumine ja tualeti kasutamine, telefoni kasutamine jms (Jaanson 1999: 2, 4; Jacques 2000: 147).

Tekib keelekasutuse halvenemine, sõnavara pidev vaesumine, kaasaarvatud vastuvõtlik afaasia (võimetus aru saada räägitud või kirjutatud keelest) ja väljenduslik afaasia (halvenenud verbaalne ja kirjalik keelekasutus). (Jaanson 1999: 2; Gitlin jt 2005: 32).

Esineb võimetus läbi viia motoorseid tegevusi, kuigi tundeline motoorne funktsioneerimine on terviklik ja klient mõistab ülesande sooritamiseks vajalikke nõudeid. (Gitlin jt 2005: 32). Nad on võimetus ära tunda tuttavaid objekte, hoolimata sellest, et tundelised võimed/funktsioonid on kahjustamata. (Jaanson 1999:2; Gitlin jt 2005: 32).

Dementsusega eakas ei pruugi panna esemeid oma õigetele kohtadele. (Jaanson 1999: 11). Dementsusega hooldatav hakkab kahtlustama, kui ta ei mäleta, kuhu ta oma asjad pannud on või kas tal neid üldse oligi. (Linnamägi 2008: 64). Neil on kiired tuju muutused (lühikese aja jooksul kurbusest vihani), psühhootilisus, agressiivne käitumine. (Jaanson 1999: 6, 9). Hämmeldus- ja ebamugavustunne võivad kergesti viia eemaletõmbumiseni. (Linnamägi 2008: 65).

Dementsuse all kannatav eakas võib muutuda passiivseks. Ta ei soovi näha enam kedagi ega midagi. Endised huvialad ja hovid on muutunud üle võimete käivateks ning seetõttu ei ole tal enam nendega tegelemisks tahtmist. (Jaanson 1999: 13).

### 2.3 Dementsusega kaasnev agressiivne käitumine

Dementsusega kaasnev agressioon on selgelt väljendunud füüsiline, verbaalne või seksuaalne kahjulik mõju teistele isikutele, mis oma olemuselt ei ole juhuslik. Verbaalset agressiivsust nimetatakse ka vokaalselt häirivaks käitumiseks, mis sisaldab karjumist, sõimu, tähelepanu nõudmist. Füüsiline ja sõnaline agressiivsus on tugevas korrelatsioonis, kuigi verbaalset agressiivsust esineb tavaliselt rohkem kui füüsilist ründamist. Mõlemat tüüpi rünnakud võib määratleda definitsiooniga agitatsioon. (Rayner jt 2006; Basaria jt 2003; Brodaty 2003: 36).

Agiteeritust defineeritakse kui mittekohast mootorset või sõnalist käitumist, mida ei ole võimalik seletada rahuldavata vajadusega või segasusseisundiga. Agiteeritud ilmingud jagunevad omakorda kolmeks:

- agressiivne käitumine (löömine, rabelemine, kraapimine, hammustamine, sülitamine, asjade kiskumine, kinnihaaramine);
- kohati füüsiline, kuid mitteagressiivne käitumine (eesmärgitult asukoha vahetamine, soov pidevalt kuhugi minna, asjade mitteotstarbekohane kasutamine, põhjuseeta lahtiriietumine või riidesse panemine);
- sobimatu sõnaline agiteeritud käitumine: halamine, pidev tähelepanu nõudmine, kõige eitamine, kriiskamine. (Linnamägi jt 2000: 26-27; Rayner jt 2006).

Ilmne on emotsionaalne stress või motoorne rahutus. Patsiendi erutuse aluseks võib olla näljatunne, janu, alkoholi ja kofeiini kasutamine või avastamata infektsioon. (Rayner 2006). Rahutuse aluseks võib olla ka identifitseerimatu depressioon, psühhoos või deliirium,

mille sümptomid tulevad esile käitumise normidest kõrvalekaldumisega. Rahutuse esinemine on tavaline, ning seda esineb umbes kahel kolmandikul raskema dementsusega patsiendil. (Koponen 1999: 1629).

Üldiselt tekivad need probleemid järk-järgult. Agressiivne käitumine, koostööst keeldumine, uitamine ja agiteeritus tekitavad kõige raskemaid probleeme, kuna need käitumisviisid avaldavad otsest mõju õdede ja hooldajate tervisele. Sealjuures ei tohi ignoreerida negatiivset käitumist, nagu letargia, enesestõmbumine ja apaatia, mis mõjutab ainult patsienti ennast. (Jacques 2000: 147-148).

Dementsusega eakate patsientide käitumishäireid nagu karjumine, löömine, hooldusele vastuhakkamine ja on nende patsientide puhul tavaline reaktsioon ja esitab õdedele erilise väljakutse. (Mc Closkey 2004: 139, Pulsford jt 2006: 611). Erkinjuntti jt (2007) väidavad, et dementsusega kaasnevaist käitumishäireist on rahutust 20 - 75% ja agressiivsust 15 - 50%-l patsientidest. (Erkinjuntti jt 2007: 110).

Käitumise probleemi põhjuse väljaselgitamine on oluline õe töös oluline. Kuigi agressiivset käitumist ei ole sageli võimalik kõrvaldada täielikult, võib seda vähendada lubatud või vastuvõetavale tasandile. (Rayner jt 2006). Tavaliselt on agressiivsusel põhjus. Põhjuseks võivad olla ka hooldaja liiga jäigad nõudmised või konfliktid pereliikmete vahel. Agressiivsusele eelneb tavaliselt kärsitus või muu pahameele väljendamise viis. Tuleb õppida ära tundma nn riskantseid olukordi ja neid vältima. (Linnamägi 2000).

Eakate probleemid on tihti seotud halva majandusliku olukorra, haiguste, väärtusetuse tunde, toimetulekuvõime vähenemisega, eakate halva kohtlemine ning ealine diskrimineerimisega.

Agressiivsus on üldine käitumise sümptom dementsuse puhul, suurenedes kognitiivsete võimete vähenemisel ja dementsuse raskusastme tõusul. Agressiivse käitumisega toimetulek peab sisaldama põhjalikku meditsiinilist, psühholoogilist ja ümbritseva keskkonna toetust. (Brodaty 2003: 36).

Dementsetele eakatele õendushooldusteenuse osutamine eriväljaõppega personali poolt spetsialiseeritud asutuses või osakonnas on vajalik õendusabi eriliik. Konkreetsele sihtgrupile orienteeritud hooldusjuhendite koostamise ja rakendamise kogemus Eestis on pikka aega puudunud. Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium, Tallinna Vaimse Tervise Keskus, Tervise Arengu Instituudi Koolitus- ja teabekeskus töötas välja 2007 aastal kroonilise psüühikahäirega eaka hooldusjuhendi, mille eesmärgiks oli soovitude andmine kroonilise psüühikahäirega eaka seisundile ja vajadustele vastava hoolduse planeerimiseks ning teostamiseks. (TAI 2007).

## **2.4 Võimalikku agressiivset käitumist tekitavad elamistoimingud eakatel dementsusega patsientidel ja nendega toimetulek**

**Söömine, joomine** - söömisega tekivad probleemid haiguse süvenedes. Võib juhtuda, et dementsusega eakas patsient keeldub teatud toitudest või üldse söömisest. Sellisel juhul tuleb püüda selgitada põhjust ja pakkuda toite, mis on olnud talle varem meelepärased. Parem on lubada tal olla valiv kui jätta ta söömata. Söömisprobleemide puhul on vajalik konsulteerida arstiga, sest tegemist võib olla psühhoosiga või mõne muu terviserikkega. Ebaõige lähenemisviis on esitada dementsusele ärritunud olekus eakale kinniseid küsimusi, (nt "Kas soovite teraviljatooteid hommikusöögiks?") Asendamine avatud küsimustega (nt "Mida te sooviksite hommikusöögiks?") on õigem lähenemisviis. Sellisele küsimusele vastamine vähendab segadust ja stressi patsiendi jaoks. Säilitama peab rutiinid. Dementsusega patsientidele on kasulik järjepidevus. Näiteks söögikorrad iga päev samal ajal vähendavad stressi ja vähendavad tõenäosust agressiivsele käitumisele. (Rayner 2006).

**Turvalise keskkonna tagamine** - turvalise keskkonna tagamine on ellujäämiseks ja kõigi teiste elamistoimingute sooritamiseks hädavajalik tegevus. (Roper jt 1999: 30). Mälu nõrgenemise tõttu häirub turvatunne. (Heimonen 2006: 16). Rahutu ja närviline õhkkond suurendab dementsusega patsiendi käitumishäireid suurendades riski ohtlike olukordade tekkeks. (Kaukonen 2004: 35; Heimonen jt 2006: 13).

Eakaile dementsusega patsientidele, kellel on kaldumus uitamiseks, peab looma turvalise keskkonna, kus nad saavad käia ilma riskita. Uitamine on sihitu liikumine, ka ülemäärane liikumine, soov lahkuda kodust või hooldusasutusest. Taustal võib olla võõrana tajutav või halvasti valgustatud ümbruskond, igavustunne või kehalise aktiivsuse puudumine. Turvalisuse huvides keskkonnale ja ohu vältimiseks on täiendavad muudatused vajalikud. (Rayner jt 2006).

Kui dementsusega eakas tajub enda suhtes lugupidamatust või peab temaga suhtlemisviisi kamandavana, võib ta kergesti lüüa. Kui patsiendi eneseväärikustunne nõrgeneb, siis ka tema eneseusaldus kahaneb. Eakasse patsienti tuleb suhtuda lugupidavalt. (Heimonen 2006: 16). Muusikateraapia ja lemmikloomateraapia (akvaariumi olemasolu hooldekodus),

mis loovad tuttavliku keskkonna hooldekodudes, on samuti agressiooni teket vähendav ja patsiendi elukvaliteeti parandav. (Rayner jt 2006).

**Isiklik hügieen** - uuringud näitavad (Pulsford 2006), et agressiivne käitumine leiab aset kõige sagedamini patsiendi intiimse hoolduse käigus. Agressiivset käitumist võib kutsuda esile hooldustöötaja/õe kiirustamine toimingut tehes või ei suhtle nad patsiendiga verbaalselt teda juhendades. (Pulsford 2006: 614).

**Riietumine** - esmalt tuleb väljaselgitada, mis riietumise juures hoolealust kõige rohkem häirib. Kui hoolealune keeldub puhtaid riideid selga panemast, vahetage riided öösel või vannis käimise ajal. Kui ta keeldub enne magamaminekut riideid vahetamast, laske tal mõnikord magada riided seljas. Dementsusega inimese võib kärsituks muuta ka riietumise ajal tekkiv külmatunne. (Linnamägi jt 2008: 51-53).

**Suhtlemine** – dementsusega eakatel tekivad kommunikatsiooniprobleemid, kuna nad ei ole võimelised lugema signaale keskkonnast või unustavad, mida peaks ütlema. Nad reageerivad sellele ärevuse, segaduse ja vastuhakuga. Dementsusega eaka patsiendiga ei ole mõtet vaielda: see ei muuda tema arvamust, vaid tekitab temas pidevalt pahameelt ja ärritust. Hõlpsam on öelda, et nii mõtled sina, kuid mina ei mõtle sinuga sarnaselt. Hea oleks püüda muuta jututeemat. (Raynier jt 2006). Õed ja hooldajad saavad vältida kommunikatsiooni probleeme selgitades asju erinevate sõnadega ja kasutades kehakeelt. (Ivanoff jt 2009).

Demensusega patsiendid vajavad otsest suhtlust, isegi siis kui nad on võimetud ise vastu rääkima. Õde peab patsiendi poole pöörduma rahulikult ja aeglaselt, vaatama kõneldes patsiendile silma ja vältima ringiliikumist vestluse ajal. Järsk ja ootamatu pöördumine ning suhtlus võivad nad muuta dementsusega eaka patsiendi agiteerituks. Kui see siiski vestluse käigus juhtub, on tähtis jääda rahulikuks ja korrata juttu kasutades samu sõnu. Võimaluse korral viia patsient vaiksesse kohta või eemaldada vestluse ajaks ülemäärased segavad tegurid. Kõne peaks sisaldama lühikesi ja selgeid lauseid. Kui eakale patsiendile on jäänud jutt arusaamatuks või ta ei vastanud, tuleb talle anda mõtlemisaega ja korrata sama lauset uuesti. (Mc Closkey 2004: 143; Rankin jt 2006: 334).



Suhtlemine aitab vältida isolatsiooni ja depressiivseid sümptomeid. Emotsionaalne ebastabiilsus on üsna tavaline dementsusega kaasnev sümptom. Emotsioonid, mida eakas dementsusega patsient väljendab, võivad olla kiiresti muutuvad ning mitte alati seotud käesoleva situatsiooniga. Ka ärevus ja hirmutunded võivad sageli tekkida ootamatult. Tavaliselt õnnestub õel/hooldajal pikapeale välja selgitada, millised situatsioonid või tegevused kutsuvad haigel esile erinevad emotsionaalsed reageeringud ning see omakorda aitab kas emotsioonide teket ära hoida või neid olukordi võimalikult kiiresti lahendada. Õel/hooldajal on oluline meeles pidada, et dementsusega eakas tekkinud negatiivsed tunded ei pruugi sugugi olla tingitud hoolduspersonali käitumisest. (Jaanson 1999: 13).

**Magamine** - ka palatite valgustus avaldab mõju dementsusega patsientidele. Hämara valguse poolt tekitatud varjud võivad dementsusega patsientidele tekitada segadust ja hirmutada, millele vastureaktsiooniks on agressiivne käitumine. Hele tuli, nagu fluorestseeriv valgus, vaatamata sellele, et on vajalik õele/hooldajale patsiendi põhjalikuks hinnanguks ja jälgimiseks, on probleemiks eakatele, kuna nende silmad on tundlikud ja valgus võib neid ärritada. Valgus tuleb hoida varjudevaba ja piirata eredat valgust magamise ajal. (Mc Closkey 2004: 141).

**Seksuaalkäitumine** - seksuaalne aktiivsus suureneb koos progresseeruva dementsusega ja see võib põhjustada mõttetuid ja väsitavaid nõudmisi seksuaalpartnerid saada vastuvõetamatutes olukordades ja sobimatutes kohtades. Eakad dementsusega patsiendid võivad rünnata kaaspatsiente juhul, kui need nõudmised ei ole täidetud. See hooldekodudes elavatel eakatel patsientidel esinev käitumisprobleem päädib tihti rünnakuna hoolduspersonalile. (Basaria jt 2003).

Erkinjuntti (2006) andmetel esineb keskeltläbi 15%-l hooldekodudes elavatel dementseil eakail hüperseksuaalsust, mida nad väljendavad ebakohaste puudutuste või ettepanekutena õdedele ja hooldajatele. Sellised käitumishäired ei ole püsivad, vaid esinevad periooditi. (Erkinjuntti 2006: 103). Häirivat seksuaalkäitumist saab vaos hoida kui pakkuda eakatele naudinguid võimaldavaid tegevusi, nt söömine, meeleolu parandavad tegevused. Selline käitumine võib olla tingitud ka turvalisustunde puudumisest ja selle otsimisest. (Linnamägi jt 2008: 56).

**Suremine** - dementsus on progresseeruv haigus, mis lõppkokkuvõttes toob kaasa enneaegse surma. Elu lõppfaasi dementsusega eakatel patsientidel on ärrituvus ja agitatsioon on peamiselt täheldatud hommikuti, öendustoimingute teostamise ajal: näiteks kummaliste häälightsuste tegemine, haaramine, sülitamine, löömine, karjumine ja pigistamine. (Koopmans jt 2009: 25).

### **3. AGRESSIIVSE KÄITUMISE NEGATIIVNE MÕJU ÕDEDE JA HOOLDUSTÖÖTAJATE TERVISELE**

Hooldekodude eakate dementsete elanike rünnak õdede ja hooldajate vastu suurendab hoolduspersonali stressi. Samuti suurendab õdede/hooldajate stressi võimaliku ohu ja võimaliku agressiooni tajumine. Käitumisprobleemidega dementne eakas tekitab suurt stressi nende jaoks, kelle ülesanne on anda sobiv hooldus igapäevatoimingutes, sealhulgas toimetulek nende uitamisega, rahutuse, meeletetega, meeltesegasuse ja inkontinentsusega. Uuringud on näidanud, et eakate agressiivne käitumine on olnud üheks kõige tõsisemaks probleemiks dementsusega patsientide hoolduses. (Rodney 2000: 173; Oser 2000; Morgan jt 2005: 347; Erkinjuntti 2007: 111).

Pidev tajutav oht põhjustab õdedel kõrgendatud stressi ja pidev füüsiline ründamine toob kaasa emotsionaalse ammendumise. Õdede vastu suunatud rünnak võib tuua kaasa ka põlguse agressiivse käitumisega eaka patsientide suhtes ja soovi nende eest mitte hoolitseda. Samuti võib see viia agressiivse või kuritahtliku käitumiseni patsientide vastu. (Oser 2000; Pulsford 2006: 614).

Negatiivsed reaktsioonid, rünnakud ja solvangud dementsetele eakatele õenduspersonali poolt ei ole hooldekodudes harv nähtus. Õed/hooldajad on nagu sattunud nõiaringi: agressioon vallandab agressiooni. (Pulsford 2006: 615). Hea tava nõuab, et kõigepealt peab selgitama agressiivse käitumise põhjuse. Peab välistama võimalused, et agressiivne käitumine on tingitud füüsilisest haigusest (infektsioonidest, kõhukinnisusest) või ebameeldivatest tegevustest. Liiga sageli kasutatakse farmakoloogilist sekkumist. Margollo-Lana (2001) uuringu andmetel üle 40% dementsetest hooldekodudes elavatest dementsusega eakatest arenenud maailmas saavad neuroleptikume, mille tagajärjel nende heaolu ja elukvaliteet väheneb, kognitiivsed võimed langevad, kuid sellest sõltuvalt põhjustavad vähem tüli hooldustöötajatele. (Douglas jt 2004).

Hooldekodudes esinevate sagedaste vägivalda juhtumite tõttu ei ole õdede-patsientide vaheline suhe tugev ja usaldusväärne. (Rodney 2000: 173). Dementsusega eakate patsientidega töötavatel õdedel ja hooldajatel peaks olema saadud vastav koolitus, et leida õiged lähenemisviisid ja vahendid agressiivsete patsientidega toimetulekul. Just õdede/hooldajate rahulik käitumine on dementsete eakate stabiilsuse tagamisel ja

õdede/hooldajate enda tervisliku heaolu tagamisel oluline. (Rayner jt 2006; Auperle 2006: 101).

Üks kesksemaid käitumisteooriad, mida kasutatakse dementsete eakate hooldamisel, on stressi läve järk-järgult vähendamise mudel (*Progressively lowered stress threshold model*). Stressorid kumuleeruvad ja kui eaka patsiendi vastuvõtu künnis on täidetud, viib see ärevuse ja agressiivsete reaktsioonideni, mis on õdedel/hooldajatel rasked hallata. Õed/hooldajad peavad aitama dementsusega eakatel patsientidel parandada nende elukvaliteeti ja peavad püüdma vältida liigset stressi. Nad peavad oskama hinnata patsiendi individuaalset taluvust ja peavad oskama määratleda olukorrad, mis tekitavad stressi nii patsientides kui neis endis. (Dill Linton jt 2007: 90).

Dementsete eakatega tegelevatel õel esinevad tihti küsimused: „Kas mul on võimalik stressiolukorda sattuda?“, "Kui ähvardav see olukord mulle on?", "Milline on võimalus, et ma selles olukorras käitun teiste arvates ebapädevalt?"; "Millise väljakutse ees ma seisan?" või „Mida teha, mida likvideerida või ära hoida, parandada, millised on kasu väljavaated" . Samas ei mõtle nad iial: "Ükskõik kui palju ma üritan, oma jõupingutustega ei saavuta ma midagi" või „ Kõik, mis elus juhtuda võib, juhtub minuga.”(Rodney 2000: 173 – 175).

Rodney (2000) toob välja üheks õe oluliseks iseloomuomaduseks vastupidavust (*hardiness*: vastupidavus, kõvadus, karmus). Sellistel õdedel on kalduvus tajuda potentsiaalselt stressirohkeid olukordi vähem ähvardavatena. Nad tajuvad ohuolukorras väljakutset, on optimistlikumad ja kindlamad oma võimetes erinevate olukordadega toime tulla. (Rodney 2000: 174).

Soome Dementsusega Eakate Õendushoolduse Ühing (2007) peab personali eriteadmisi kõige olulisemaks. Dementsusega patsientidega töötajatel on vaja ka loovust, julgust, head koostöö suutlikkust, sallivust, suurt stressitaluvust ja empaatiat. Dementsusega eakatega töötav õde või hooldaja ei saa oma töös järgida traditsioonilist õe/hooldaja rolli ja võimu ülesehitust, vaid peab kasutama oma personaalseid isiksuse omadusi. Soome Dementsusega Eakate Õendushoolduse Ühing on märkinud õe/hooldaja iseloomuomadusteks:

- Positiivne suhtumine ellu (õde/hooldaja peab olema võimeline nägema kliendi terveid omadusi ja temas olevaid võimalusi)
- Analüüsiv mõtteviis (õde/hooldaja näeb terves eakas ja dementsusega eakas erinevaid tasemeid)
- Heatujuelus ja huumorimeel
- Hea stressitaluvus
- Hea erinevuste taluvus (dementsusega eaka hooldus on mitmekesine, huvitav, paindlik õendushooldus)
- Soov õppida (õde ei näe elu ja inimest samal tasandil, vaid muutuva ja arenevana)
- Julgus (õde/hooldaja peab julgema tegeleda probleemidega, teadas, et võib tulla raskusi - see nõuab probleemi lahendamise oskust, ambitsioonikat ja pikaajalist tööd)
- Eriteadmistega (teadmised ja nägemus rikastavad, annavad julgust toetavad enesehinnangut). (Dementoituneen hoito...2007).

Õed peavad suutma hoolitsedes luua keskkonna ja ruumi igapäevaelus, milles nad ei ole haavatavad ja ohus, säilitades siiski kriitilist meelt. Nad peavad otsima teadmisi, parimateks tegutsemisviisideks ka nõudlikeimas olukordades, et pakutav õendusabi oleks kvaliteetne. Mitmed uuringud on varem näidanud, et andes töötajatele võimaluse arutada päevaseid kogemusi/sündmusi, on see tööalaselt rikastav. Eeskirjad, põhimõtted ja rutiinid võivad muuta agressiivsete dementsete hoolduse raskeks. Samas võib rutiin olla just õige lähenemisviis. Seega peab dementsete eakate õendusabi paindlik ja õdede/hooldajate tööd ei tohiks piirata vaid kehtivate eeskirjade täitmisega. (Skovdahl jt 2004).

Dementsete patsientidega töötamisest huvitatud ja oskustega õed ja hooldajad on hooldustöö aluseks. Dementsusega eaka patsiendi hooldamine nõuab eriteadmisi. (Skovdahl jt 2004; Kaukonen jt 2004: 10; Douglas jt 2004; Dementoituneen hoito...2007; Heimonen jt 2006: 59; Erkinjuntti 2006: 507). Douglas jt (2007) on kirjutanud, et dementsete psühholoogilised ja käitumuslikud sümptomid ei vaja ilmtingimata konkreetset

ravi, kuid hooldekodudes töötavad hooldajad ja õed peavad omama õigeid hoiakuid ja käitumisviise. On selge, hooldustöötajate koolitus on oluline. (Douglas jt 2004).

Personali valikul saab määravaks hooldaja personaalne sobivus. Tähtsad omadused on positiivne ellusuhtumine, head ja küllaldased teadmised dementsusest, rõõmsameelsus ja huumorisoos, julgus, hea segaduse taluvus, võime taluda erinevusi; analüüsiv mõtlemisvõime. Sotsiaalselt loov hooldaja julgeb suhelda hooldatavaga võrdväärset. (Heimonen jt 2006: 59).

2001 aastal Rootsi hooldekodudes läbi viidud uuringust selgus (Äström 2002), et 40% õendusala töötajaid on puutunud kokku dementsete eakate poolse vägivallega ja 18% töötajast märkisid ära vägivalda juhtumeid päevas. Sellest 76% oli füüsiline vägivald. Jõuetus, kurbus, viha ja segased tundeid olid kõige olulisimad tunded personali poolt, mis väljendusid vägivaldsete olukordadega kokkupuutel. Kindlasti on huvipakkuv ka see fakt, et vägivaldaakte oli meessoost õendustöötajate vastu 53% ja naissoost õendusala töötajate vastu 38%. Spetsiaalse haridusega ja töökogemusega õed ei saanud läbielatud vägivalda juhtumitest nii palju negatiivseid kogemusi kui noored õed. Seega on oluline koolituse arendamine ja programmide loomine parandamiseks õdede teadmisi dementsete patsientidega toimetulekuks. (Dementoituneen hoito...2007; Äström jt 2002).

#### 4. ARUTELU

Uurimistöö teemal dementsusega kaasneva agressiivse käitumise negatiivne mõju õdede ja hooldustöötajate tervisele õendusabi osutamisel hooldekodus vajas autori arvates laiemat käsitlemist. Diplomitöö koostamisel uuriti kriitiliselt 39 kirjandusallikat ja täideti püstitatud eesmärgid ning ülesanded.

Antud uurimistööd peab autor oluliseks põhjusel, et teema on Eestis uurimata ja kuna tulevikus saab olema dementsusega patsientide hulk suureks väljakutseks ühiskonnale, tuleks probleemiga hakata tõsisemalt tegelema juba praegu. Pidev tajutav oht põhjustab õdedel ja hooldajatel kõrgendatud stressi ja pidev füüsiline ründamine toob kaasa emotsionaalse ammendumise. Autor sai kinnitust sellele, et õdede/hooldajate personaalne sobivus selleks tööks on äärmiselt oluline. Dementsete eakatega töötav õde/hooldaja peab olema kõrge stressitaluvusega. Kahjuks puudub võimalus, seda just eriti maakondades, valida hoolduspersonali.

Et ennast säästa, kasutab õenduspersonal tihti medikamentoosideid vahendeid eakate agiteeritud olekus patsientide rahustamiseks, mida ka autor ise kogunud on. Ideaalis peaks olema erihooldekodud eakatele dementsetele, kes ei vaja spetsiaalset hooldusravi, kuid kes oma olemuselt ei sobi üldhooldekodudesse. Dementsusega eakate käitumishäireid nagu karjumine, löömine, hooldusele vastuhakkamine ja uitamine ning on nende patsientide puhul tavaline reaktsioon ja esitab õdedele erilise väljakutse, milleks kõik õed/hooldajad valmis pole.

Hooldekodudes õendusabi pakkujad töötavad kogu tööpäeva psüühilise pingel all, mis on stressitekitav ja mis võib põhjustada õde/hooldaja poolt ka mittehooliva hoolitsuse. Autorite Oser (2000) ja Pulsford (2006) väitel võib viia see põlguseni agressiivse käitumisega patsientide suhtes või põhjustada õdede/hooldajate poolset vägivaldset käitumist patsientide suhtes.

Uurimustööst selgus, et õdede/hooldajate vägivalla kogemine töötades eakate patsientidega hooldekodudes on sage. Vägivalla kogemine avaldab õdede/hooldajate tervisele negatiivset mõju ja on tihti töölt lahkumise põhjuseks. Töötamine eakate

dementsusega patsientidega nõuab asjatundlikkust. Pidev füüsiline ründamine toob kaasa emotsionaalse ammendumise. Noored tööleasuvad õed ei ole teadlikud dementse eaka patsiendi õendusabi eripärast.

Suhtumine eakatesse peegeldab ühiskonna küpsust ja eetilist. See on tõsine teema ja nõuab kiiret ja ulatuslikku lähenemist. Kuigi 2007 aastal töötati Eestis välja kroonilise psüühikahäirega eaka hooldusjuhend, mille eesmärgiks on soovitude andmine kroonilise psüühikahäirega eaka seisundile ja vajadustele vastava hoolduse planeerimiseks ning teostamiseks, ei ole see juhend piisav õppematerjal töötamiseks dementsete eakatega. Tänapäeval Eesti õdede ja hooldajate koolitusprogrammides geriaatrial väga väike osa, mistõttu ei saa õed/hooldajad piisavalt teadmisi selles vallas.

### **Ettepanekud:**

Uurimistöö tulemuse põhjal võib esitada järgmised ettepanekud dementsusega eakate patsientide probleemide lahendamisel ja õendusabi osas:

- Õdede ja hooldustöötajate teadlikkust ja hoiakuid seoses eakate inimeste eripäraga peaks võimalust mööda täiendama ja muutma
- Dementsetele eakatele peavad olema hooldekodud, kus arvestatakse nende õenduse eripära austades patsienti kui ainukordset isiksust, tagades võimalikult hea hoolduse
- Dementsete eakatega töötavad õed peavad olema saanud vastava koolituse
- Dementsete eakatega töötavae õdede/hooldajate töö kvaliteedinõuded peavad lähtuma paidlikkusest ega tohi olla jäigad



## JÄRELDUSED

- Peaaegu kõikidel eakatel dementsusega patsientidel arenevad isiksuse- ja käitumise muutused haiguse progresseerudes. Esineb agressiivne käitumine ja agiteeritus, selgelt väljendunud füüsiline, verbaalne või seksuaalne kahjulik mõju teistele isikutele, mis oma olemuselt ei ole juhuslik ja mis muudab neile osutatava õendusabi komplitseerituks.
- Pidev tajutav oht põhjustab õdedel kõrgendatud stressi ja pidev füüsiline ründamine toob kaasa emotsionaalse ammendumise. Õdede/hooldajate vastu suunatud rünnakud avaldavad negatiivset mõju nende tervisele, võivad tuua kaasa põlguse agressiivse käitumisega patsientide suhtes ja soovi nende eest mitte hoolitseda. Hooldekodudes esinevate sagedaste vägivalla juhtumite tõttu ei ole õdede-patsientide vaheline suhe tugev ja usaldusväärne ja kaadrivoolavus on suur.

## KASUTATUD KIRJANDUS

**Auperle, P.** (2006). Management of aggression, agitation, and psychosis in dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 21; 101

**Bowie, C. R., Moriarty, P. J., Harvey, P. D., Parrella, M., White, L., Davis, L. K.** (2001). Aggression in Elderly Patients. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 13:357

**Brodaty, H., Low L. F.** (2003). Aggression in Elderly. *Journal of Clinical Psychiatry* 64 [suppl 4] :36-43

**Cohen-Mansfield, J.** (2000). Theoretical Frameworks for Behavioral Problems in Dementia. *Alzheimer's Care Quarterly* 1(4). 8-12.

**Cohen-Mansfield, J., Lison, S.** (2006). To Hospitalize or Not to Hospitalize? That Is the Question: An Analysis of Decision Making in the Nursing Home. *Behavioral Medicine* 32, 64 – 70.

**Dementoituneen hoito dementiayksikössä.** Suomen Dementiahoitoyhdistys 2007. [http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page\\_id=32](http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page_id=32) (14.04.2009).

**Dill Linton A.; Lach H. W.** (2007). Matteson & McConnells Gerontological Nursing: Concepts and practice. Philadelphia: Saunders Company

**Douglas, S., James, I., Ballard, C.** (2004). Non-pharmalogical interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*.

**Erkinjuntti, T., Huovinen, M..** (2001). Kun muisti pettää. Porvoo: WS Bookwell OY.

**Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J., Soininen, H.** (2006). Muistinhäiriöt ja dementia. Helsinki: OY Duodecim.

**Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J.** (2007). Mäluhäired. Tartu: Greif.

**Heimonen, S., Vuotilainen, P.** (2006). Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Prima OY.

**Hooldusravi tervishoiuteenuse osutamise nõuded 2007.** Eesti Haigekassa. Tallinn. <http://www.haigekasa.ee/raviasutusele/ravijuhendid/andmebaas/tunnutatud/> (01.10.09).

**Ivanoff, S.D., Wångblad, C., Ekblad, M., Wijk H.** (2009). Experiences of physical strain during person transfer situations in dementia care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2009; Oct 5.

**Jaanson, K.** (1999). Dementsus ja sellega kaasnevad probleemid. Eesti Gerontoloogis ja Geriatria Assotsiatsioon.

**Jacques, A., Jackson, G.A.** (2000). *Understanding Dementia*. United Kingdom: Harcourt Publishers Limited

**Kaukonen, N., Mehiläinen, M., Eloniemi, U., Sulkava, R.** (2004). Dementiamailma perustietoja dementiasta ammatti- ihmisille, opiskelijoille ja omaisille 1(1). Suomen Dementiahoitoyhtistys RY. Kuopion Liikekirjapainio Oy.

**Kolanowski, A.M., Garr, M.** (1999). The Relation of Premorbid Factors to Aggressive Physical Behavior in Dementia. *Journal of Neuroscience Nursing* 10; 1 Volume 31, issue 5, page: 278.

**Koopmans, R. T. C. M., Molen, M., Raats, M., Ettema, T. P.** (2009). Neuropsychiatric symptoms and quality of life in patients in the final phase of dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 24: 25-32 .

**Koponen, H.** (1999). Geriatria – vaikeiden käytöshäiriöiden hoidon mahdollisuudet. *Duodecim* 1999; 115: 1629 – 1633.

**Kroonilise psüühikahäirega eaka hooldusjuhend.** (2007). Tallinn. EV Sotsiaalministeerium, Tallinna Vaimse Tervise Keskus, TAI Koolitus- ja teabekeskus.

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

**Linnamägi, Ü., Braschinsky, M., Saks, M., Võrk, E., Lääts, T.,** (2008). *Käsiraamat dementsete haigete hooldajatele*. Tallinn: Eesti Alzheimeri Tõve Ühing.

**Linnamägi, Ü., Vahter, L., Jaanson, K., Tomberg, T., Lüüs, S-M., Gross-Paju K., Kreis, A., Toomsoo, T.** (2006). *Dementsuste Eesti ravi-, tegevus-, diagnostikajuhend*. [http://www.haigekassa.ee/files/est\\_raviasutusele\\_ravijuhendid\\_andmebaas\\_tunnustatud/Dementsuseravijuhend06\\_2.doc](http://www.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/Dementsuseravijuhend06_2.doc) (29.08.2009).

**McCloskey, R. M.** (2004). Caring for Patients With Dementia in the Acute Care Environment. *Geriatric Nursing*, 25 (3), 139-144.

**Miller, C. A.** (2008 ). Communication Difficulties in Hospitalized Older Adults with Dementia: Try these techniques to make communicating with patients easier and more effective. *American Journal of Nursing*, 108 (3), 58 – 66.

**Morgan, D. G., Stewart N. J., D`Arcy C., Forbes, D., Lawson J.** (2005). Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 347–358.

**Oser, D.** (2000). *Violence against Social Care Staff: Qualitative Research*. National Taskforce: Violence against Social Care Staff.

**Pulsford, D., Duxbury, J.** (2006). Aggressive Behavior by people with Dementia in residential Care settings: a review. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, 13, 611 – 618.

**Saks, K.** (2000). Geriaatriline abi. *Eesti Arst* 79(10), 615.

**Slater, A., Alagiakrishnan, K., Robertson, D.** (2003). Role of Cholinesterase Inhibitor in the Management of Sexual Aggression in an Elderly Demented Woman.

**Solane, P. D., Hoeffler, B. Mitchell, M., McKenzie, D. A., Barric, A. L., Rader, J., Stewart, B. J., Talerico, K. A., Rasin, J. H., Zink, R. C., Koch, G. G.** (2004). Effect of Person-Centered Showering and the Towel Bath on Bathing-Associated Aggression, Agitation and Discomfort in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized, Controlled Trial.

**Rankin, S. H., Stalling, K. D.** (2006). Patsiendiõpetus. Tartu: Oü Freif.

**Rayner, A. V.; O'Brian J. G.; Schoenbachler, B.** (2006). Behavior Disorders of Dementia: Recognition and Treatment.

**Rodney, V.** (2000). Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of Advanced Nursing*, 03092402, Jan, Vol. 31, Issue 1 (172 – 179).

**Skovdahl, K., Kihlgren, A., Kihlgren, M.** (2004). Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions. *Journal of Clinical Nursing*, May, Vol. 13 Issue 4, p515-525.

**Terras, N., Liiva, K., Asberg, M., Tammperre, P., Pruuden, E., Lorenz, A.** (2008). Kutsestandard, õde III, IV, V. Kutsekvalifikatsiooni (pädevuse) hindamise ja omistamise kord.

<http://www.tps.ee/Dokumendid/Kutsestandard.doc> (4.04.2009).

**Õendushoolduse osutamise nõuded.** (2007). Eesti Haigekassa, Eesti Gerontoloogia ja Geriatria Assotsiatsioon, Hooldusravi Osutajate Ühendus, Eesti Õdede Liit.

[http://www.legeartis.ee/failid/File/Hooldusravi%20tegevusjuhend\\_10.07.2007.pdf](http://www.legeartis.ee/failid/File/Hooldusravi%20tegevusjuhend_10.07.2007.pdf) (4.04.2009).

**Åström, S., Bucht, G., Eisemann, M., Norberg, A., Saveman, B. I.** (2002). Incidence of violence towards staff caring for the elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 16 Issue 1, p66-72.

**Tabel 1**

<b>Agressiooni väljenduse variandid</b>	<b>Agressiooni esilekutsuvad toimingud</b>
Vandumine, ropendamine	Riietamine
Hoodustöötaja peale karjumine	Söötmine
Ähvardamine	Vannitamine
Hooldusega mittenõustumine	Voodipesu vahetus
Korduv tähelepanu püüdmine	Ravimite andmine
Hooldustöötaja loopimine toiduga	Abistamine eritamisel
Hooldustöötajate häirimine	Patsiendi transportimine
Hooldustöötajate küsimustele mittevastamine	Abistamine jalutamisel
Füüsiline pigistamine	Võimlemine
Sülitamine	Sotsiaalne suhtlemine
Hammustamine	Huvitegevus
Kriimustamine	Vestlus teiste hooldekodu elanikega
Ähvardavate liigutuste tegemine	Toa segipööramise peatamine
Torkamine	Teistelt asjade võtmise peatamine
Laksu andmine	Teistest eraldamine
Löömine	Ravi mitteandmine
Väljaheidetega määrimine	
Ebakohane seksuaalne kommenteerimine	
Ebakohane seksuaalkäitumine	
Hooldustöötajate seksuaalne puudutamine	

Tabelis on toodud eakate dementsete patsientide agressiooni ilmingud asutushoolduses ja agressiooni esilekutsuvad toimingud.

Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. (Morgan jt 2005: 350).

## Erinevused dementsuse ja normaalse vananemisega seotud mäluprobleemide vahel

**Tabel 1**

<b>Tegevus</b>	<b>Dementsusega eakas</b>	<b>Eaga seotud mäluprobleemid</b>
Unustamine	Kõik viimasel ajal toimunu	Mõned asjad
Võime meenutada unustatud	Väga harva	Sageli
Suutlikkus jälgida suulisi või kirjalikke soovitusi	Oskus halveneb-järk järgult	Harilikult võimeline
Ülesmärkimisvõime	Oskus halveneb-järk järgult	Harilikult võimeline
Enese eest hoolitsemine	Oskus halveneb-järk järgult	Harilikult võimeline
Õppimine	Ei suuda omandada uut materjali	Omandab noortest aeglasemalt.

(Morgan jt 2005: 351).