

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool
õenduse õppetool

Olesja Tihhomirowa

**DEMENTSUSEGA PATSIENDI ELUKVALITEEDI TAGAMINE
HOOLDUSASUTUSES LÄBI ÕENDUSABI**

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 “.....”201...a.

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja:

/nimi ja akadeemiline kraad/

.....

/allkiri/

Kuupäev “.....”201...a.

KOKKUVÕTE

Olesja Tihhomirova (2010). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool. Dementsusega patsiendi elukvaliteedi tagamine hooldusasutuses läbi õendusabi. Diplomitöö 33 leheküljel. Töös on kasutatud 41 kirjandusallikat, millest 36 inglisis- ja 5 eestikeelsed allikad.

Diplomitöö eesmärk on kirjeldada dementsusega patsiendi elukvaliteedi tagamist hooldusasutuses läbi õendusabi.

Diplomitöö on kvalitatiivne uurimus — kirjanduse ülevaade. Diplomitöö koostamisel läbiti järgmised etapid: teema valik; uurimisprobleemi püstitamine, täpsustamine ja sõnastamine; uurimistöö eesmärgi seadmine; teemakohase kirjandusega tutvumine; ülesannete püstitamine; andmete kogumine, läbitöötlemine, analüüsimine; saadud tulemuste esitamine; arutelu ja järelduste tegemine.

Käesolevast diplomitööst võib järeldada et:

- Dementsusega patsientidel esineb hulgaliselt probleeme, mis haiguse arenedes süvenevad ja mõjutavad otseselt patsientide toimetulekut elamise toimingutega nagu suhtlemine, söömine ja joomine, liikumine. Toimetuleku halvenemine toob kaasa elukvaliteedi languse.
- Selleks, et osutada kvaliteetset professionaalset õendusabi ja tagada dementsusega patsiendi elukvaliteet, on mitmesuguseid meetodeid. Elukvaliteedi mõõtmiseks on palju skaalasid, millest osa on käesolevas töös loetletud, mille abil võib uurida missugused probleemid inimestel esinevad, selleks, et selgitada, mida on vaja parandada ning dementsuse hoolduse kaardistamine, mis aitab vältida pahaolu põhjust ja luua tingimusi heaolu saavutamiseks. Õendusabi võimalused tagada dementsusega patsientide elukvaliteeti hooldusasutuses laienevad pidevalt.

Töös kasutatavad kesksed mõisted on: dementsusega patsiendi elukvaliteet, asutushooldus, dementsusega patsiendi õendusabi/hoolduse kaardistamine, hindamisinstrumendid, õendusabi.

SUMMARY

Olesja Tihhomirowa (2010) Tallinn Health Care College the Chair of Nursing. Providing Quality of Life of Patients with Dementia through Nursing. Diploma paper on 33 pages. In the work 41 sources have been used: 36 in English, 5 in Estonian.

The aim of the diploma paper is to describe providing quality of life of dementia patients through nursing.

The diploma paper is qualitative research – a literature review. In writing following steps were passed through: the subject was chosen, research problem was putted up, specified, the aim was set, literature connected with subject was found, analyzed, results were presented and discussion and conclusion were made.

Conclusions of this diploma paper are:

People with dementia have lots of problems with activities of daily living such as communication, eating and moving around, which deepen when illness gets worse. Change for the worse with managing makes lowering in quality of life.

Professional nursing has many opportunities to provide dementia patients quality of life. For measuring quality of life of dementia patients, several tools have been created and dementia care mapping is one of those tools to research dementia patients well- and ill-being. This gives nursing possibilities through changes in nursing activities provide dementia patient quality of life.

Keywords: dementia patients quality of life, institutional care, dementia care mapping, assessment tools, nursing.

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

LÜHENDID

SISSEJUHATUS	7
1 UURIMISTÖÖ METOODIKA	11
2 DEMENTSUSEGA PATSIENDI ELUKVALITEET HOOLDUSASUTUSES	12
2.1. Dementsusega patsiendi elukvaliteet hoolduasutuses	12
2.2 Elukvaliteeti mõjutavad elamistoimingud	15
3 DEMENTSUSEGA PATSIENDI ELUKVALITEEDI TAGAMINE HOOLDUSASUTUSES LÄBI ÕENDUSABI	18
3.1 Dementsusega patsiendi elukvaliteedi mõõtmine, kaardistamine	18
3.2 Õendustegevused dementsusega patsiendi elukvaliteedi tagamisel	21
3.2.1 Suhtlemise tagamine	24
3.2.2 Söömise tagamine	25
3.2.3 Liikumise tagamine	26
4 ARUTELU	28
JÄRELDUSED	31
KASUTATUD KIRJANDUS	32

LÜHENDID

DCM – Dementia Care Mapping - dementsusega patsiendi hoolduse kaardistamine

EDFEd – Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia scale

SISSEJUHATUS

Diplomitöö teemaks on „Dementsusega patsiendi elukvaliteedi tagamine hooldusasutuses läbi õendusabi”

Dementsus on mitmekülgne kahjustus, mis mõjub tunnetusele, käitumisele, võimele sooritada igapäevaelu toiminguid (ADL) ja elukvaliteedile (QoL). Meditsiinilistes diagnoosides domineerivad Alzheimeri tõbe, kõige üldisemat dementsuse liiki, põeb umbes 10 % Ameerika Ühendriikide üle 65-aastastest ja umbes 50% 85-aastastest ja vanematest elanikest.(Reimer jt. 2004:1085.; Linton jt 2007: 416;).

Dementsuse levimus kahekordistub iga viie aasta tagant ja on seotud eluea tõusuga (WHO 2006: 42). Ameerika Tervishoiu Ministeeriumi andmete järgi on dementsus diagnoositud 34 miljonil inimesel kogu maailmas (Gitlin 2005: 4).

Elukvaliteet on mitmedimensiooniline mõiste ja seda on üldistatult defineeritud Maailma Tervishoiu Organisatsiooni poolt (1995) kui indiviidi ettekujutust oma positsioonist elus kultuuri ja väärtushinnangute kontekstis. Tervisega seoses on mõistet defineeritud kui indiviidi subjektiivset ettekujutust terviseseisundi mõjust igapäevaelule. (Karim jt. 2008:144).

Pikaajalise hoolduse areng ja erinevate ravimite kasutamine on positiivsete tulemuste saavutamise eelduseks dementsusega patsiendi elukvaliteedi tagamisel (Missotten jt 2007: 1201). Selwood jt (2005: 232) kirjutasid oma artiklis, et väga vähe teatakse patsiendi elukvaliteedi muutustest esimesel aastal peale dementsuse diagnoosimist. Samast uuringust selgus ka, et dementsuse raskusastme suurenemisel alaneb positiivne ja tõuseb negatiivne hinnang hoolduspersonali poolt, kusjuures haiguse jooksul toimuvad muutused seisundis ja toimetulekus jäävad vähe dokumenteerituteks (Missotten jt 2007: 1201).

Dementsusega patsiendi elukvaliteedi hindamine on oluline, eriti asutushooldusel. Verbaalne informatsioon patsiendi enda poolt elamistoimingute rahuldatuse kvaliteedi kohta võib olla ebausaldusväärne, mis on tingitud verbaalse väljendusvõime probleemidest paljudel dementsusega patsientidel (Brooker jt 2000: 355), mistõttu muutub väga oluliseks objektiivse informatsiooni saamise võimalus patsientide seisundi kohta.

Seda informatsiooni sisaldavad andmed, mis on kogutud, kasutades mitmesuguseid hindamisinstrumente ja spetsiaalselt dementsusega patsiendi elukvaliteedi hindamiseks välja töötatud uuringuid. Reimer jt. väidavad oma uuringus, et dementsusega patsiendid nagu ka muude haiguste diagnoosidega patsiendid kogevad muutusi elukvaliteedis ja suudavad väljendada oma subjektiivseid kogemusi. Seega muutub õendusabis oluliseks indiviidi ettekujutus oma isiklikust arengust või allakäigust lisaks tunnetuse ja käitumise taseme määramise testidele. (Reimer jt. 2004:1085).

Asutushooldusel dementsusega patsientide elukvaliteet on seotud eduka õendusabiga (Hoe jt 2007: 1031). Õendusabis on saenenud hindamisinstrumentide kasutamine ja arendamine dementsusega patsientide elukvaliteedi määramiseks andmete kogumiseks, tulemuste mõõtmiseks ja nende põhjal muudatuste tegemiseks (Reimer jt. 2004:1085).

Lisaks hindamisinstrumentide kasutamisele, on üheks selliseks vahendiks ka süstemaatilise jälgimise vahend, dementsusega patsientide hoolduse kaardistamine (DCM), mis annab objektiivse võimaluse hoolduse kvaliteedi parandamiseks. Dementsuse hoolduse kaardistamist saab kasutada informatsiooni kogumiseks hoolduse kvaliteedi hindamiseks, parandamist vajavate tegevuste ja suhtumiste identifitseerimiseks ning üksiksekkumise vajaduse uurimiseks. (Sormunen jt 2007: 247).

Dementsuse sündroomi levimuse objektiivsed andmed Eesti kohta puuduvad, samuti ei ole teada dementsuse vormide sagedust (Asser 2004: 232). Eeldatavasti on Eestis vähemalt 10 000 dementsussündroomiga ja 7000 Alzheimeri tõve põdevat patsienti, aga riiklik statistikasüsteem seda ei peegelda (Linnamägi jt 2004: 256).

Autoril tekkis huvi teema vastu seetõttu, et dementsus on eakate inimeste hulgas levinud haigus ja õendusel on võtmeaspektiks aidata patsientidel toime tulla elamistoimingutes tekkinud probleemidega, et aidata tagada või säilitada patsientide elukvaliteeti, kui nad on mõõduka või raske dementsuse astmega jõudnud hooldusasutusse.

Probleemiks on, et dementsusega patsientidel halveneb toimetulek elamistoimingutega, mis toob kaasa abivajaduse suurenemise ja vajaduse patsientide paigutamiseks hooldusasutusse, mis toob kaasa dementsusega patsientide elukvaliteedi halvenemise.

Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis on ajavahemikul 2004-2010 kaitstud 8 dementsuse - teemalist diplomitööd, aga ei ole ühtegi diplomitööd, mis käsitleks dementsusega patsiendi elukvaliteeti.

Diplomitöö eesmärk on kirjeldada dementsusega patsiendi elukvaliteedi tagamist hooldusasutuses läbi õendusabi.

Lähtuvalt diplomitöö eesmärgist püstitati järgmised ülesanded:

- kirjeldada dementsusega patsiendi elukvaliteeti
- kirjeldada dementsusega patsiendi elukvaliteedi tagamist hooldusasutuses läbi õendusabi

Kesksed mõisted

Dementsusega patsient – üldine termin patsientide kohta, kellel on ajukahjustus, mis mõjutab kognitiivseid ja mälu funktsioone (Nasso jt 2007: 1).

Dementsusega patsiendi elukvaliteet - individuaalsed jooned ja eluolukorrad, mis on kujundanud indiviidi subjektiivset elukvaliteedi kogemust, sisaldavad mitmesuguseid dementsuse ilminguid, kaasnevaid haigusi, sotsiaalset ja füüsilist keskkonda ja haigusega mitte seotud individuaalseid tunnuseid nagu majanduslik olukord, väärtushinnangud ja religioossed veendumused (Woods jt 2006: 219).

Elukvaliteet - inimlike vajaduste rahuldatuse tajut või psühhosotsiaalne ja kehaline heaolu (Lembra jt 2000: 174).

Dementsusega patsiendi hoolduse kaardistamine – dementsusega inimeste käitumise ja vastuse jälgimine; annab hindamise baasi eakate dementsusega patsientide inimeste hoolduseks (Kirby jt 2004: 222).

Hindamisinstrumendid on skaalad mille kasutamisega saab määrata dementsusega patsiendi elukvaliteedi hetkeolukorda, millistes on neli põhilist punkti: füüsiline aktiivsus, funktsionaalsus, psühholoogiline seisund ja sotsiaalsus (Selwood jt 2005: 234).

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

1 UURIMISTÖÖ METOODIKA

Diplomitöö on kvalitatiivne uurimus – kirjanduse ülevaade. Kirjanduse ülevaate puhul on tutvumine varasemate uurimistöödega ja olemasoleva kirjandusega protsessi lahutamatu osa. Kirjanduse ülevaade annab uuritavast nähtusest selge ettekujutuse.

Diplomitöös kasutati õenduslaseid ja meditsiinilisi teadusartikleid, meditsiiniteemalisi raamatuid. Autor kasutas eesti- ja ingliskeelseid allikaid. Kirjanduse valiku kriteeriumiteks olid töö kesksed mõisted ja ilmumise ajavahemik aastatel 2000-2009. Uuritavat materjali koguti Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli raamatukogust, TLÜ Akadeemilisest Raamatukogust. Elektroonilistest allikatest kasutati EBSCOhost WEBi, SAGE Publication WEBi, NursingCenter WEBi, Sotsiaalministeeriumi kodulehekülge.

Ingliskeelsed otsingusõnad olid *dementia*, *patient with dementia*, *quality of life in dementia*, *dementia care mapping*, *care (caring) for people with dementia*, *dementia scale*, *nursing practice in mental health*, *wellbeing and dementia*.

Quality of life in dementia otsingusõnaga andsid 54 artiklit, valitud 3 artiklit

Dementia care mapping otsingusõnaga andis 55 artiklit, valitud 5 artiklit.

Patient with dementia – valitud 1 teaduslik artikkel.

Care (caring) for people with dementia autor valis 3 artiklit.

Nursing practice in mental health otsingusõnaga autor valis 1 artiklit.

Wellbeing and dementia otsingusõnaga autor kasutas 1 artiklit.

Eestikeelsed otsingusõnad olid dementsus, dementsusega patsient, hindamisinstrumendid, õendusabi. Kasutatud on 1 ajakirja, millest leiti 2 teaduslikku artiklit ja 1 raamatut ajavahemikust 2000-2004.

Töö koostamisel lähtuti Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis 2006.a ilmunud üliõpilastööde koostamise ja vormistamise metoodilisest juhendist.

2 DEMENTSUSEGA PATSIENDI ELUKVALITEET HOOLDUSASUTUSES

Paljud dementsusega patsiendid võivad elada turvaliselt oma kodudes perekonna ja sotsiaalhoolekande-tervishoiusüsteemi abiga. (Chenoweth jt 2007: 237).

Kodu on paik, kus enamik inimestest soovib elada kogu elu, aga see ei pruugi olla realistlik lahendus neile, kellel on mõõdukas või raske astme dementsus. Pooled eakatest dementsusega patsientidest elavad hooldusasutustes. Tavaliselt satuvad haiglasse/institutsiooni patsiendid, kellel on mõõdukas astme või raske astme dementsus. On vaieldud selle üle, kas rõhuasetus õendusabis peaks olema suunatud medikamentoossele ravile ja õendusabile või peaks olema rohkem fokusseeritud füüsilisele ja emotsionaalsele mugavusele ja patsientide valikutele. (Reimer jt 2004: 1085).

2.1. Dementsusega patsiendi elukvaliteet hoolduasutuses

Pikaajaliste uuringutega on võimalik selgitada dementsusega patsientide elukvaliteeti (Selwood jt 2005: 233). Dementsusega seotud käitumise häired kiirendavad patsientide paigutamist hooldekodudesse (Chenoweth jt 2007: 237). Paljud hooldekodud võtavad vastu dementsusega patsiente, kellel on haiguse mõõdukas tase ning kes võivad iseseisvalt enesehooldusega hakkama saada – riietumine, pesemine, tualetis käimine. Mõned hooldekodud on võimelised hooldama psühhogeriaatrilisi patsiente, teised ei soovi selle grupiga tegeleda. (Jacques jt 2000: 94).

Paljud dementsusega patsiendid elavad psühhiaatriaiglates, hooldushaiglates ja hooldekodudes unustatud inimestena (Adams 2008: 21). Oma uurimistöös leidsid Hoe jt (2007: 1034), et on olemas seos madala elukvaliteedi ja 24-tunnilisel hooldusel elamise vahel. Probleem on seotud nende patsientidega, kellel on elamistoimingute sooritamisel kõrge sõltuvuse tase hoolduspersonalist ja kelle hulgas esineb rohkem käitumisprobleeme või ka sellepärast, et lähedased on pidanud vajalikuks patsientide siirdamise hooldusasutusse. Hoe jt (2007: 1034) soovivad parandada õendusabi hooldekodudes, mis tagaks patsiendi heaolu ja nende elukvaliteedi säilimise.

Nolan oma 2002 aastal tehtud uuringus on leidnud, et dementsusega patsiendid kannatavad halvasti juhitud ja hooletult läbi viidud hoolduse tõttu. Hoolimata dementsuse teemal tehtud uuringutest ja dementsusega patsientidega töötajatele korraldatud koolitustes on suhtumine dementsusega patsientidesse halb ja tõrjuv just nende inimeste poolt, kes nendega töötavad. Teenuse osutajate suhtumiste ja teenuse osutamise keskkonna erinevuse tõttu on hoolduse tase dementsusega patsientidele kaugel rahuldavast. (Nolan jt 2002: 211-212).

Dementsusega patsientide õendusabis peab lähtuma huvist töötada selle diagnoosiga patsientidega. Õed vajavad selleks põhiharidust ja täiendkoolitust, mis aitab tagada dementsusega patsientide füüsilist ja emotsionaalset heaolu. Õel, kes töötab dementsusega patsientidega peab olema kriitiline lähenemine, mis lubab õel peegeldada, mida ta teeb ning analüüsida uusi teid, kuidas töötada dementsusega patsientidega. (Neno jt 2007: 211).

Teisest küljest Selwoodi jt (2005: 236) uuring näitab, et elukvaliteedi langus ei ole vältimatu ja vaatamata iseseisvuse vähenemisele ja tunnetusvõime alanemisele adapteerub dementsusega patsient ja säilitab positiivsuse. Oma artiklis kirjutab ta, et inimestel, kellel on dementsuse kerge aste, esinevad sagedamini depressiivsed sümptomid ja madalam eluga rahulolu kui inimestel, kellel on dementsuse raske aste. (Selwood jt 2005: 232-233). Davis jt (2009: 187) väidavad oma artiklis, et isegi dementsuse raskes astmes säilitavad patsiendid oma isikuomadused.

Sormunen jt (2007: 246) on leidnud, et dementsuse progresseerumisega suureneb sõltuvus hoolduspersonalist. Dementsuse progresseerumisel väheneb oskus oma vajadusi väljendada, mis võib mõjutada inimese seismist maailma viisil, millest teistel on raske aru saada. Need muutused dementsusega patsientide vajadustes ja patsiendi ootused võivad jääda teiste poolt märkamata.

Kuigi dementsusega patsiendid on riskirühmas seisundi võimaliku halvenemise tõttu, peavad nad olema võimelised elama oma elu ja tegema nii palju ise, kui suudavad. Kui inimene ei kasuta oma oskusi, hakkavad need kaduma. (Davis jt 2009: 192). Mõned dementsusega patsiendid suudavad ise otsustada oma tulevikuvajaduste, finantsküsimuste ning hoolduse korraldusliku külje üle (Nolan jt 2002: 212), hoolimata sellest, et vähene kontsentratsioonivõime mis on väga iseloomulik dementsusele, tekitab probleeme mitte ainult sõnadest aru saamisel vaid ka toimingute sooritamisel (Jacques jt 2000: 117).

Dementsusega patsiendid ei suuda tihti leida seoseid erinevate funktsioonide vahel. Näiteks, inimene võib teada sõna *istuma*, on võimeline ka ise korralikult istuma, aga seostada neid kaht mõistet ei suuda. Ta ei suuda täita seda lihtsat käsku. Võimetus mõisteid omavahel seostada on dementsuses üsna harilik. (Jacques jt 2000: 112).

Arlt jt (2008: 609) näitasid oma uuringus, et patsiendid alates kergest kuni mõõduka dementsuseni võivad kirjeldada oma elukvaliteeti, mis on seotud tervisega ja depressiivseid sümptomeid. Õed hindavad patsiendi elukvaliteeti madalamaks, kui patsiendid ise. Patsiendid alahindavad oma tunnetuslikke kahjustusi. Dementsusega patsientide seas läbi viidud küsitlusest, selgus, et nad hindasid oma elukvaliteeti keskmiseks – ei heaks ega halvaks, samal ajal kui õed hindasid hooldusaluste elukvaliteeti tunduvalt halvemaks. Küsimusele, kas dementsusega patsient on oma tervisega rahul, vastasid patsiendid keskmiselt – rahul ja mitte väga rahul, samal ajal kui õed hindasid nende tervist tunduvalt halvemaks. (Arlt jt 2008: 606). Beavis jt (2002: 732) kirjutavad, et patsientide individuaalsed dementsuse diagnoosiga seotud sündroomid nagu depressioon, käitumise probleemid, psühhoosid ja kognitiivsed häired võivad mõjuda heaolule õendusabist sõltumata. Veel enam, muutused sellistes ilmingutes võivad oleneda teistest faktoritest nagu näiteks ravimid.

Kerges astmes võib patsient reageerida ja töötada koos teistega, tal on veel alles füüsilised oskused ja aru saamine mis temaga toimub. Raskest astmest need oskused kaovad. (Jacques jt 2000: 97).

Äkiline müra, näiteks uste paugutamine, võivad olla füsioloogilise vastureaktsiooni esilekutsujad dementsusega patsientidel ning samuti võib suurendada disorientatsiooni ja ebakindlust. Müral on oluline ja kahjulik efekt dementsusega patsientidele. Kui inimene on müra keskkonnas, suurenevad tal muutused mälugevuses ja teised kognitiivsed häired, väheneb tolerantsus valule ja suureneb isolatsiooni tunne. See mõjub inimeste võimele aru saada ja hakkama saada hoolduse ja ravi aspektiga. Hooldekodudes võib uni olla häiritud vastuvõetamatu valguse ja müra taseme tõttu. Öine personal pigem kahjustab und kui soodustab. Öised une katkestused võivad olla topelt segadust tekitavad nendele dementsusega patsientidele, kes ärkavad öösel leides võõra oma toas või olles disorienteeritud seinapeeglitest. Objektid hooldusasutustes on visuaalse stimulatsiooni allikad ning võivad olla

potentsiaalsed allikad ala- või ülestimulatsiooniks, näiteks seinapeeglid, pikad koridorid, kusked ja seinad näevad välja ühtemoodi. (Dewing 2009: 36-37).

2.2 Elukvaliteeti mõjutavad elamistoimingud

Probleemid, mis mõjutavad dementsusega patsientide elukvaliteeti, võivad eelkõige olla seotud **suhtlemisega (düsfaasia), söömisega (võidakse unustada süüa), liikumisega (riietumine, pesemine, tualeti külastamine, kodused tööd, harrastused)** (Jacques jt 2000: 98).

Dementsus kahjustab väljendusrikka ja vastuvõtliku suhtlemise komponente, muudab inimeste suhtlemisviisi, sõnu, mida nad kasutavad ja nendest arusaamist. Kerges astmes on sõnade otsimine raske ja vestluse täpne meenutamine on omaette väljakutse. Haiguse edenemisel võib verbaalne võimekus väheneda, kuid keele grammatika ja hääldus jäävad suhteliselt muutumatuks. (Ebersole jt 2008: 568).

Dementsuse kerges astmes võivad patsiendid veel lugeda ja hääldada isegi väga keerulisi sõnu, kuigi võivad mitte aru saada selle tähendusest ning mitte osata seda kasutada rääkimisel. Neid oskusi võib kasutada, et määrata kui intelligentne oli inimene enne dementsuse algust. Raskes astmes võivad düsfaasia (raskused rääkimisega) ja düsleksia (raskused lugemisega) muutuda domineerivaks. (Jacques jt 2000: 115).

Dementsusega inimesed kasutavad tihti absurdseid sõnu. Haiguse progresseerumisega võib nendel kaduda vestluses huumorist arusaamine ja mõte uitab ühelt temalt teisele. Mitteverbaalne käitumine ja tundlikkus muutuvad vestluses tähtsamaks, sest verbaalsed oskused on piiratud. Apraksia ja agnoosia ilmnevad koos dementsusega samal ajal kui haigus progresseerub. Apraksia (võimetus teostada sihikindlaid tegevusi kaasa arvatud kõne) mõjub dementse inimese igapäevaste tegevuste teostamisele nii nagu vestluselegi. Agnoosia (võimetus objekte ja inimesi ära tunda, isegi hea nägemisega) võib vestlusele samuti mõjuda. (Ebersole jt 2008: 568).

Düsfaasiat on väga lihtne testida kontrollides, kas patsient suudab jälgida instruktsioone, alustades näiteks pöördumisega “Näita oma keelt” ja lõpetades “Katsu oma paremat kõrva

oma vasaku käe väikese sõrmaga”. See on vajalik ka enne lugemiseoskuse testimist. (Jacques jt 2000: 116).

Toitumise häired tekivad dementsuse kerges astmes. Need võivad kujuneda ägedateks ja vajavad otsest tähelepanu. Inimene võib kaotada huvi söömise vastu või pidevalt süüa. (Melillo jt 2005: 280). Dementsuse kerges astmes võib meeldetuletus söömiseks ja joomiseks olla piisav ning mõnedel patsientidel võib kaua säilida hea elukvaliteet enne kui nende oskused halveneivad (Neno jt 2007 :139). Oskamatus iseseisvalt süüa on peamine alatoitumise riskitegur hooldekodudes elavate eakate inimeste hulgas. Kui inimene vabatahtlikult pikka aega ei söö, on abi vältimatu. Haiguse progresseerudes võib söömine ka abiga muutuda raskemaks ning on vaja toita sondi abil. Selline söötmine vorm võib põhjustada muret ja probleeme mitte ainult patsiendile vaid ka hooldajatele. Dementsusega patsiendid on eriti haavatavad alatoitumise suhtes, nendel on alanenud võime juhustest aru saada ja oma vajadusi väljendada, nad on ärevusele vastuvõtlikud ja võivad sööginõusid väärtalt kasutada. (Lou jt 2007: 471).

Melillo jt (2005: 281) uuring kirjeldab kolme toitumiskuse komponenti dementsusega patsiendil. Esimene - patsiendi passiivsus või kangekaelsus, mida võib peegeldada koostöö söömise puhul. Teine - õdede sekkumine või supervisioon. Kolmas - toitumiskuse indikaatorid nagu toidu jäämine taldrikule söömise lõpus. Toitumishäirete mõistmine aitab hooldajaid ja õdesid valida spetsiifilist sekkumist.

Dementsusega patsientide jaoks peab söömiseks ette nähtud aeg olema pikem. Eakad dementsusega patsiendid närvivad ja neelavad aeglaselt. Raskes astmes dementsusega patsiendile on vaja meenutada, et ta avaks suu ja näriks. (Melillo jt 2005: 281). Haiguse raskes staadiumis on toitumise ja käitumise häired kõige raskemaks tuisistuseks personali jaoks. (Stoppe 2008: 38).

Lou jt (2007: 471) näitasid oma artiklis, et dementsusega patsiendid kaaluvad vähem, kui inimesed, kellel ei ole dementsuse diagnoosi.. See tulemus saadi toitumise staatuse ja kehakaalu muutuste jälgimisel geriaatriliste ambulatoorsete patsientide programmis. Uuring näitas, et hooldekodudes elavatel patsientidel oli alatoitumise risk. Patsientidel, keda perekond külastas rohkem kui ühe korra nädalas, oli madal alatoitumise levimus. Perekonna külastamine võib tagada tähtsa emotsionaalse toetuse ja lisatoidu (Lou jt 2007: 475-476).

Igapäevategevused on tegevused, mis on vajalikud enesehoolduseks ja sõltumatu elu jaoks. Need koosnevad peamistest igapäeva elu tegevustest (ADL) ja instrumentaalsetest igapäeva elu tegevustest (IADL). Eakate populatsioonis on funktsiooni kaotus sageli tavaline haiguse väljendus. Aktiivsuse kaotus nagu kaupluses käimine, rahaga tegelemine või reisimine võivad peegeldada mälu düsfunktsionaalsust ja võivad olla esimesed märgid kognitiivsete võimete langemisest. Liikumise häired toovad kaasa progresseeruva sõltuvuse, mis tekitab elukvaliteedi languse. (Stoppe 2008: 35-36).

Paljud erinevad dementsussündroomiga seotud kaotused tegevustes võivad mõjuda patsientide erinevate ülesannete täitmisele, näiteks pesemine, riietumine, toidu valmistamine ja nii edasi. Häired nendes funktsioonides mõjuvad patsientide iseseisvusele. (Jacques jt 2000: 333). Õed peavad teadma, et dementsusega patsiendil võivad olla füüsilised probleemid, mis tekivad osaliselt dementsusest, osaliselt on seotud vanusega ja erinevate patoloogiliste protsessidega. Sellepärast peavad õdedel olema oskused, kuidas tagada hooldust füüsiliste probleemide ilmnemisel. (Neno jt 2007: 218-219).

Liikumise probleemide uurimisel keskendutakse rohkem probleemidele, mis on seotud Alzheimeri tõvega, sest teiste dementsuse tüüpidega liikumisega seotud probleemidest on väga vähe teada. On teada, et dementsuse raskes astmes on probleemid liikumisega sarnased kõigidel dementsuse tüüpidel. Siiski on kõikide dementsuse liikide ja staadiumite puhul funktsionaalsed muutused indiviiditi oluliselt erinevad. Seda mõjutavad inimese individuaalsed omadused, elutingimused ning mitmed teised faktorid. (Miller 2004: 554).

Dementsusega patsiendid on kõik väga aeglased. Nad võivad aeglaselt riietuda, pesta (Jacques jt 2000: 133), sellepärast on dementsusega patsiendile vaja planeerida rohkem aega tegevuste sooritamiseks (Sormunen jt 2007: 246). Raskes astmes dementsusega patsientidel on lisaks veel ka tugev tasakaalu häire ja kukkumise oht. Nendel patsientidel on suur oht saada tõsisid haavu. (Stoppe 2008: 37).

3 DEMENTSUSEGA PATSIENDI ELUKVALITEEDI TAGAMINE HOOLDUSASUTUSES LÄBI ÕENDUSABI

Elukvaliteedi tõus dementsusega patsientidel on seotud eduka õendusabiga (Hoe jt 2007: 1031). Pikaajalise hoolduse areng ja erinevate ravimite kasutamine on positiivsete tulemuste saavutamise eelduseks dementsusega patsiendi elukvaliteedi tagamisel (Missotten jt 2007: 1201). Selwood jt (2005: 232) kirjutasid oma artiklis, et väga vähe teatakse patsiendi elukvaliteedi muutustest esimesel aastal peale dementsuse diagnoosimist. Samast uuringust selgus ka, et dementsuse raskusastme suurenemisel alaneb positiivne ja tõuseb negatiivne hinnang hoolduspersonali poolt, kusjuures haiguse jooksul toimuvad muutused seisundis (Selwood jt 2005: 232) ja toimetulekus jäävad vähe dokumenteerituteks (Missotten jt 2007: 1201).

3.1 Dementsusega patsiendi elukvaliteedi mõõtmine, kaardistamine

Selleks, et osutada kvaliteetset professionaalset õendusabi ja tagada dementsusega patsiendi elukvaliteet, on mitmesuguseid meetodeid. Objektivsete andmete saamiseks abivajaduse suuruse kohta on eelkõige vaja välja selgitada, missugune on dementsusega patsiendi seisund hetkel. Selleks on välja töötatud spetsiaalsed dementsusega patsiendi seisundite hindamiseks mõeldud hindamisinstrumentid, mille kasutamine ja hilisem analüüs aitab saada pildi patsiendi hetkeseisust, abivajaduse suurusest elukvaliteedi tagamiseks.

Õendusabi võti on süstemaatiline ja tundlik hindamine. Õed kasutavad kliinilist otsustust, et anda võimalust eaka inimese paranemiseks, toetada või taastada tervist, toime tulla tervise probleemidega ning saavutada kõige paremat elukvaliteeti kuni surmani. (Dinshaw 2006: 29). Kaasajal on järjest rohkem hakatud **hindamisinstrumente kasutama ja arendama**. (Reimer 2004:1085). Alljärgnev annab ülevaate osadest enamkasutatavatest hindamisinstrumentidest, mida kasutatakse dementsusega patsientide elukvaliteedi määramiseks.

Alzheimer's Disease related Quality of Life Scale - ADRQL skaala kasutab informaatorit, et hinnata elukvaliteeti. Üldskaala elukvaliteedi jaoks on saavutatud skaalade summast mitmes valdkonnas: sotsiaalne vastastikune mõju, iseteadlikkus, naudingut aktiivsus, tunded ja tuju, reageering ümbrusele. Dementia Quality of Life Scale - DQoL on 29 punktiga skaala, mis

hindab valdkondi, mis on seotud elukvaliteediga. Valdkonnad on järgmised: füüsiline funktsioon, igapäevane tegevus, kontrollitud tegevus, liikuvus, sotsiaalne koostöö, koostöövõimelisus, kehaline heaolu, heolutunne, esteetikatunne, üldine tajumine. Quality of Life – Alzheimer’s Disease Scale - QoL-AD on 13 punktiga skaala, mis hindab järgmisi valdkondi: füüsiline tervis, energia, tuju, elatusvahendite olukord, mälu, perekond, abielu, sõbrad, majapidamistööd, lõbu, raha, enesega rahulolu. See on arenenud kirjanduse ülevaatest ja elukvaliteedi hindamisest teises krooniliste haigete populatsioonis. EuroQoL-5 Domain - EQ-5D on palju kasutatud instrument, mida kasutatakse elukvaliteediga seotud mõõtmisteks ja mõõdab viit valdkonda: liikuvus, enesehooldus, tavaline aktiivsus, valu/düskomfort, ärevus/depressioon. Mini-Mental Status Examination - MMSE on lühiajaline ja soliidne kognitiivse funktsiooni test koos hea usaldusväärsuse ja kehtivusega. Cornell Scale for Depression in Dementia on usaldusväärne ja kehtiv skaalakujuline vahend depressiooni mõõtmiseks dementsusega patsiendil. Skaala kasutab uurija intervjuust patsientidega ja hooldajalt saadud informatsiooni ja sisaldab 19 punkti viie kategooria järgi ja seitsmest punktist kõrgem tulemus osutab kliinilisele depressioonile. Rating for Anxiety in Dementia - RAID skaala on määratud uurija kasutatud informatsiooniga, mis on saadud patsientidelt, nende hooldajatelt ja kliinilistest märkmetest. Skaala koosneb 18 punktist, millel on hea usaldusväärsus ja kehtivus. (Selwood jt 2005: 233-234).

Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia scale - EDFEd on 11 punktiga skaala, mis hindab söömise ja toitumise probleeme patsientidel dementsuse raskes astmes (Stockdell 2008: 47).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition - DSM IV-R diagnostilised kriteeriumid nõuavad mäluhäire esinemist ja häireid vähemalt ühes järgmistest valdkondadest: kõne, otsustusvõime, abstraktne mõtlemine, tegutsemisoskus, konstruktiivne mõtlemine, visuaalne äratundmine. See defitsiit peab olema küllaldane häirimaks igapäevast elutegevust, tööülesannete täitmist või muud sotsiaalset tegevust. (Zaidat jt 2004: 50).

Uuringud näitavad, et häiritud käitumine ei ole alati dementsuse tulemus. See võib olla märk sellest, et inimese heaolu tase on suhteliselt madal ja tema vajadusi ei ole täielikult rahuldatud. Üks nõudmistest personalile on vältida käitumise häirimist garanteerides, et õendushooldus on suunatud inimeste holistlikele vajadustele. Kahjuks ei identifitseeri õendushooldus personal alati täpselt kannatuste põhjuseid. Et seda parandada, soovitavad dementsusega patsientide

hoolduse eksperdid kasutada rida sekkumistest, mis on suunatud patsiendile ja personalile. Üks neist on DCM (Chenoweth jt 2007: 237).

DCM on populaarne meetod dementsusega patsientide õendusabi ja heaolu kvaliteedi hindamise jaoks formaalses hooldusasutuses (Beavis jt 2002: 725). DCM-i eesmärk on hoolduse parandamine ja muutmine patsiendikeskseks (Fulton jt 2006: 343). DCM aitab personali identifitseerida põhjust hea- ja pahaolu (*well- and ill- being* ingl.k.) väljendamiseks dementsusega patsientidel. See võib aidata vältida pahaolu põhjuseid ja luua paremaid tingimusi heaolu saavutamiseks. (Chenoweth jt 2007: 238). Chenoweth jt (2007: 244) kirjutasid oma artiklis, et DCM parandab patsientide elukvaliteeti ja heaolu staatust füüsilistes ja kognitiivsetes funktsioonides. Kognitiivsed häired või funktsionaalsuse kaotus võivad muuta DCM hindamise tulemust. Üks uuring näitab, et DCM ei ole sobiv patsientidele, (Beavis jt 2002: 733) kellel on väga raskes astmes dementsus (Edelman 2004: 515).

Õed tagavad õendusabi dementsusega patsientidele haiglates ja hooldusasutustes. Õendusabi kvaliteedi mõõtmine seal on aga piisavalt keeruline. Esimesel pilgul paistab DCM pakkuvat lahendust hoolduse ja heaolu kvaliteedi mõõtmisel dementsusega patsientidel. Seda saab kasutada hoolduse kvaliteedi parendamise arendamises, suureneb personali eneseteadvus ning tekib võimalus motiveerida õdesid keskenduda patsientidele. (Beavis jt 2002: 733). DCM võib kasutada, kui selle jaoks on ressursid, ja personal on emotsionaalselt toetatud, motiveeritud ning neil on kindel soov arendada oma oskusi dementsusega patsientide hoolduses. (Beavis jt 2002: 734).

DCM sisaldab neli märgistatud struktuuri, mida on kasutatakse informatsiooni kirja panemiseks. Esimest struktuuri (*Behaviour Category Coding*) kasutatakse, et kirja panna iga dementsusega patsiendi käitumine. Teist struktuuri kasutatakse, et hõlmata iga inimese hea- ja pahaolu (WIB) viieminutilise jälgimise jooksul. Kolmandat struktuuri kasutatakse, et kirja panna näidiseid, kus hinnatakse tegevusi, mis patsientide väärikusel alandavalt mõjub. Neljandat struktuuri kasutatakse, et kirja panna positiivseid situatsioone - aega kui dementsusega inimese heaolule negatiivselt mõjuvad tegurid on kõrvaldatud. (Innes jt 2001: 260). DCM sisaldab mitte ainult jälgimist ja informatsiooni kirja panemist, vaid selle jagamist personaliga, et tõsta praktikute teadmisi ja selle mõju patsientide hooldusele ning formuleerida tegevuse plaani (Innes jt 2001: 260).

DCM hindamises on viis faasi. Iga faas eeldab kogu hooldusasutuse kaasamist nii varases staadiumis kui võimalik. Kaardistajad esitlevad enda klientidele ja personalile. See annab kaardistajatele esmamulje dementsusega patsientidest ja tekib võimalus saavutada kohe nõusolek igalt dementsusega patsiendilt. Teine faas on jälgimine. Täielik hoolduse kaardistamine toimub kuue tunni vältel kahe päeva jooksul, et garanteerida, et terve hoolduse päev on jälgitud. Üks kaardistaja võib jälgida viit - kümnet inimest. Kolmas faas hõlmab personali küsimustele vastamist. Tuleb näidata andmete lehte, et garanteerida protsessi avatus. Kui dementsusega patsiendil on küsimusi või soov vaadata andmete lehte, tuleb nende nõudmisi täita. Neljas faas on tagasiside, mis annab võimalust andmeid analüüsida ja saada personalilt lisa informatsiooni. Andmete analüüs annab võimalust parandada õendusabi kvaliteeti ja seega tõsta patsientide rahulolu ning vältida personali läbipõlemist. Viies faas kaardistamise protsessis on tuleviku planeerimine. (Innes jt 2001: 261).

3.2 Õendustegevused dementsusega patsiendi elukvaliteedi tagamisel

Dementsus on peamine põhjus eaka inimese hooldusasutusse paigutamiseks, aga dementsusega patsiendi hooldus on sageli probleemne. (Robinson jt 2007: 255). Kvaliteetne õendusabi on see, mis garanteerib inimesele võimaluse tunda ennast toetuna ja sotsiaalselt enesekindlana. Selle saavutamine sõltub personali oskustest, mis tagab õendusabi kvaliteedi. (Martin jt 2001: 444). Dementsusega patsiendi kvaliteetse õendusabi tasu on tohtu: nii rahaline kui ka psühholoogiline (Papastavrou jt 2007: 446).

Ebersole jt (2008: 577-578) tõid oma artiklis välja õdede edukuse neli rolli dementsusega patsientide õendusabis:

- Maagi roll: õel peavad olema oskused näha maailm patsientide silmade, kõrvade ja tunnete kaudu, et aru saada, mida inimene tahab öelda verbaalselt ja mitteverbaalselt.
- Detektiiv roll: õde peab leidma mure põhjuse ja võimalusel seda muutma. Ta peab inimest piisavalt tundma.
- Puusepa roll: töö teostamiseks on vaja iga inimese hoolduse individuaalset plaani.
- Naljahamba roll: paljudel dementsete inimestel on säilinud huumorimeel ja neile on vaja huumoriga vastata.

Kognitiivsete kahjustustega inimene ei saa väljendada oma tundeid ja vajadusi (Ebersole jt 2008: 578), anda suulist või kirjalikku tagasisidet, mis võib toetada dementsusega patsientide õendust (Dinshaw 2006: 27), sellepärast peab õde alati proovima patsientide maailmast aru saada (Ebersole jt 2008: 578). Kognitiivseks stimulatsiooniks ja mälu treeninguks kasutatakse mnemoonikat (kodeerimise tõstmise strateegia, talletamine ja meenutamine), sisemist ja välist abi, kognitiivset mälu (pusle, ristsõna) (Ebersole jt 2008: 551). Samuti on palju tegevusi (traditionilised käelised aktiivsused ning mängud) ja terapeutilisi sekkumisi dementsusega inimeste jaoks. (Brooker jt 2000: 354).

On palju meetodeid millega võib hinnata dementsusega patsientide elukvaliteeti. Abinõud hõlmavad laia vahemikku, mis sisaldavad terviseseisundi iseloomustust, kultuurifaktoreid, inimese individuaalseid omadusi, isiksuse omadusi ja subjektiivset rahulolu. (Innes jt 2001: 258). Õed peavad inimestega lihtsas keeles rääkima. Töötades dementsusega patsientidega ja nende perekondadega, peavad õed kasutama kõike mida nad räägivad ja teevad, et analüüsida informatsiooni ja mõista, mis toimub, ning teha järeldusi selle kohta, mida peab edasi tegema. (Neno jt 2007: 218).

Muutused, mida õed võivad teha, on tagada dementsusega patsiendi elukvaliteedi (Dewing 2009: 34). Personal, kes tegeleb dementsusega patsiendiga peab tundma patsiendi tujusid, tema vajadusi. See tähendab, et personalil peab olema kannatlikkust, empaatiat ja aega, et parandada hooldust. (Sormunen jt 2007: 253). Et hinnata patsiendi vajadusi on vaja vastada kahele küsimusele. Esimene “Mida patsient ei saa teha?”, teine “Mida ta veel võib teha?” Vastused sellistele küsimustele võivad pakkuda erinevaid lähenemisi hoolduseks. (Jacques jt 2000: 113).

Innes jt (2001: 266-267) kirjeldavad oma artiklis uut õendusabi kultuuri, mis hõlmab psühhosotsiaalse õendusabi vajadusi. See sisaldab rohkem kui on iga patsiendi individuaalsed elamistoimingud, aga on teadmised sellest mida patsient mõistab, mis talle meeldib, mis ei meeldi, patsientide lootused ja hirmud, nende isiksus ja harjumused, nende edu. Personal peab mitte ainult tutvuma inimestega, kellega nad töötavad, aga proovima rakendada saadud informatsiooni praktikasse.

Käitumisprobleeme, mis kujunevad peaaegu 90% haiguse mingis faasis dementsusega patsiendil, võib vähendada keskkonna mõjutegurite ja abiandjate oskuste abil. (Reimer jt.

2004: 1085). Arvukad uuringud näitavad, et eakad võivad käituda efektiivsemalt keskkonnas, mis on vaikne ja kujundab sobivaid tingimusi ADL-i ja kognitiivsete funktsioonide arendamiseks.

Keskkonna muutused on vajalikud sekkumised dementsusega patsiendi jaoks, kuna keskkonna faktorid mõjuvad nende liikumisele, garanteerivad ohutuse. Keskkonna faktorid, mis mõjuvad patsientide ohutusele, liikumisele ja heaolule on müra; põranda pind; värvus ja värvide kontrastid; valgustus; disain ning vannitoa ja väljapääsu paigutus; asjade kohalolek (taimed, koduloomad); mööbel (asutus, laua ja tooli kõrgus); turvavahendite kasutamine (käsipuu); privaatsuse ja sotsiaalse sekkumise tagamine; asjade olemasolu, mis parandavad mugavust ja tekitavad kodutunnet (dekoratiivsed asjad); potentsiaalselt kahjulike asjade puudumine (noad, pesemise vahendid). (Miller 2004: 564).

Valgus ja müra on kaks kõige olulisemat tunnete stimulatsiooni allikat keskkonnas ja kui neid ignoreeritakse, võivad need saada olulisteks allikateks ala- ja ülestimulatsiooni tekkimisel dementsusega patsientide jaoks. Valguse ja müra taseme hindamine ning muutmine võib tagada hoolduse paranemist dementsusega patsiendile. (Dewing 2009: 34). Üks uuring näitab, et hele valgustus (päikesest või kunstlikest allikatest) parandab und ning väheneb ärritust dementsusega patsientidel (Miller 2004: 565).

Õed peavad mõistma, et tunnete stimulatsioonil võib olla oluline efekt dementsusega patsiendile, aga see nõuab süstemaatilist sekkumist. Müra ja valguse taseme hindamine on esimene samm, et garanteerida inimese-keskset ning dementsuse-sõbralikku keskkonda. Muutuse tegemine vähendab võimetust ja sõltuvust ja suureneb heaolu. On palju väikeseid sekkumisi, mida õed saavad teha. Ära tunda, et personal on see, kes tekitab tihti häirivat müra, on tihti esimene samm, et muuta müra taset. Kui on palju aknaid, võivad kardinad aidata müra absorbeerida. Akustilised paneelid seintel võivad samuti vähendada müra taset. (Dewing 2009: 37).

Samuti on vaja muuta keskkonna visuaalseid aspekte. Näiteks tagada rohkem kontrastsust seinaga ja ukse vahel, taldriku ja laua vahel. Inimene võib kujuneda rohkem iseseisvaks liikumise ja söömise osas. Eakate inimeste jaoks vähendab müra olemasolu lugemisraskust. Puhtad heledad värvid koos kavandatud kontrastsete värvidega sobivates kohtades võivad olla

kasulikud. Kus on visuaalse ja värvilise kontrastsuse puudus, on dementsusega patsiendil tihti raskusi nägemisega. Valguse puudus suurendab kukkumise ohtu. (Dewing 2009: 36).

Füüsiline keskkond aitab saavutada dementsusega patsientide täie potentsiaalsuse ning vältida võimetuse põhjustamist. Hea füüsilise keskkonna kasu võib väheneda, kui organisatsiooni struktuur, sotsiaalne ja füüsiline keskkond ei tööta koos nagu integreeritud süsteem, et toetada dementsusega patsientide ja õdede/hooldajate individuaalseid vajadusi ning oskusi. (Davis jt 2009: 186). Elamise aspektid elamistoimingutes isiksuse hooldusest suhtlemiseni, hommikusöögist magamiseni omavad võime toetada eneseväljendamist. Sellepärast on dementsusega patsiendile sõbralik füüsiline ja sotsiaalne keskkond, kus eneseväljendamine on positiivne osa igapäevases elus kui igapäevane võimalus säilitada ennast ja sotsiaalset isikupära. (Davis jt 2009: 189).

3.2.1 Suhtlemise tagamine

Kõige tähtsam osa dementsusega patsiendi hoolduses on **suhtlemine** (Adams 2008: 144). Dementsusega patsientiga suhtlemisel on reeglid, mis erinevad oluliselt tavasuhetlemisest. Kasutada tuleks patsiendi nime, et saada temaga kontakti, suheldes hoida silmsidet ja rääkida temaga otse. Hea oleks proovida ettevaatlikult puududa inimese kätt ja aidata tal kontsentreeruda vestlusele ning kasutada lühikesi ja arusaadavaid lauseid, rääkida aeglaselt. Vajadusel paluda inimest panna prillid ette ning kasutada kuulmisaparaati. Kui patsient ei saa aru, on vaja arusaamatu sõna asendada teisega, et ta saaks aru. Patsiendile tuleks rääkida: “See on teie puder” asemel “See on hommikueine aeg” ning esitada küsimus vastusega: “jah” või “ei”. Parem oleks kasutada pilte näidistega (tualett vannitoa ukse). Suhtlemise efektiivsuse saamiseks kasutada signaale: ettevaatlikult puudutada inimese kätt, et öelda “tere”, noogutada peaga, et aru saada, mida inimene räägib, näidata patsiendile, millest räägitakse, ära tunda keha keelt – näoilmet, hääletooni ja kehaasendit. Kui dementsusega patsient ei saa verbaalsest suhtlemisest aru, siis ta võib aru saada mitteverbaalsest. Väga oluline on püüda aru saada, mida inimene tahab öelda. Tuleb lõpetada rääkimine ja kuulata, mida patsient räägib. Korrata, mida ta ütles, mõelda sellest, mida inimene tegelikult tahab öelda, jälgida nii hääletooni kui sõnu ja anda aega vastamiseks. Suhtlemise ajal ei tohi olla segavaid faktoreid. (Adams 2008: 146-147).

Efektiivseks vestluseks dementsusega patsiendiga on oluline uskuda, et inimene püüab vestelda ja samas on oluline, et õde saaks aru, mida ta räägib. Dementsusega patsiendiga suheldes tuleb käituda nii, et inimene saab vastata ja jagada oma mõtteid ja tundeid. (Ebersole jt 2008: 568-569).

3.2.2 Söömise tagamine

Õed on söömisaegse käitumise lähemad vaatlejad. Nad näevad, mida patsient **sööb**, aitavad, kui on vaja abi. Õdede ülesanne on uurida, kuidas eakatel inimestel alaneb võime juhustest aru saada ja väljendada oma vajadusi verbaalselt, mille tulemusel tõuseb alatoitumise risk. (Lou jt 2007: 475). Patsiendi alatoitumise riski ettevaatlik identifitseerimine ja nõrgatasemeline tervise tulemus on vajalik efektiivseks sekkumiseks. Inimese jaoks paremate tulemuste saamiseks peaksid paremaks muutuma ka õdede oskused söömisvõime hindamisel, probleemide identifitseerimisel ja kohene abi söögi ajal peaks paremaks muutuma. Toitumisõpetuse ja nende oskuste hindamise valdkonnas peavad õed oma teadmistelt olema esikohal, et kindlustada hoolduse parem kvaliteet. Toitumise defitsiit on seotud haiguse arenemisega ja eakate inimeste toidust sõltuvuse suurenemisega. Söömisvõime hindamine, toitumisviis ja kehakaalu mõõtmine võivad olla toitestaatusesse varaseks sekkumiseks vajalikud meetmed dementsusega eakate õendusabis. (Lou jt 2007: 476).

Patsiendid, kes on alatoitunud või kellel on alatoitumise risk peavad olema märgistatud (Baillie 2009: 398). Kõikidel patsientidel peab olema hooldusplaan, mis identifitseerib nende toitumise vajaduse ning sobilik keskkond patsientide jaoks, kus nad võivad süüa (Baillie 2009: 398) näiteks, määratud einestamispiirkonnad koos salvrätiga, minimaalsed sööginõud ja noad ning vältida meeltesegaduse võimalikku tekitajat nagu teler. (Neno jt 2007: 139).

On ka mõned pakkumised, et laud peab olema ümmargune ja laua taga mitte rohkem kui kuus inimest, lauade ja taldrikute värvid peavad olema kontrastsed, mis tagab toetust söömisel dementsusega patsientide jaoks. Suurendada valgust, helgi kontrollimine ja kontrastsuse parandamine võib hõlbustada iseseisvust, parandada söömist ning funktsionaalseid oskusi. (Davis jt 2009: 189). Nendele patsientidele, kes söövad kiiresti, on vaja meelde tuletada süüa aeglasemalt ning need kes söövad väga aeglaselt vajavad hoolikat jälgimist ning energia rikkast dieeti. Õed võivad kasutada EDFEd2 skaal identifitseerimiseks ja jälgimiseks

patsientide söömise käitumine: toitumist keeldumine, laialipritsimine ja toidu kogumine suus. Hea mitteverbaalne suhtlemine rahustab rahutuid patsiente ja kujundab usaldust, mis edendab söömist, kuna patsient ei keeldu toidust ja ei karda saada mürgitatud. Rahustamine ja naeratav lähenemine on julgustav ning vähendab patsiendi rahutust. (Neno jt 2007: 140).

Dementsusega patsientide jaoks mängib söömine olulist rolli toetades ja tagades elukvaliteeti. Kui söömine on naudingut pakkuv kogemus, võib see suurendada toidu omastamist ja kaalu stabiilsust. (Davis jt 2009: 190). Toit on peamine komponent inimese tunnete stimuleerimisel ja võib olla rahulduse saamise allikas (Davis jt 2009:189).

3.2.3 Liikumise tagamine

Füüsilist iseseisvust võib kergesti mõõta skaalaga. Peamisi igapäevasi tegevusi võib mõõta skaalaga nagu *Katz basic ADL scale*. Selle skaala ühikud on pesemine, riietumine, eritamine, liikumine, pidamine, söömine. Instrumentaalseid igapäeva tegevusi mõõdetakse tavaliselt kliinilises praktikas *Lawton IADL scale* abiga – ostmine, toidu valmistamine, reisimine, kodutöö tegemine, pesu pesemine, telefoni kasutamine, ravimite võtmine, rahaga tegelemine. Instrumentaalne igapäeva tegevus on kaob dementsuse kerges astmes. Peamised igapäeva tegevused kaovad dementsuse raskes astmes. (Stoppe 2008: 36).

Iseseisvalt liikuda on tihti probleemne dementsusega patsiendi jaoks. Füüsiline keskkond võib aidata patsienti liikuda hooldusasutuses. Jalutamise teed võivad olla kujundatud nii, et väikesed ruumid on ühendatud suurede ruumidega, liikumisteed on hästi määratletud, mis võib aidata patsienti leida oma tee. Füüsiline keskkond võib muuta, et edendada spontaanset isiklikku rahulolu. Paberitega kirjutuslaud, ümbrikud ja teised peamised ametikoha vahendid, mis asuvad ühiskondlikus kohas võivad pakkuda potentsiaalse tähendusriikka tegevuse vahendit patsientide jaoks. Kui on teada patsiendi sotsiaalne elu, võib see võimaldada luua palju erinevaid viise tema jaoks, et osaleda tegevustes, mis võivad olla seotud isikliku naudinguga ja positiivse mõjuga isikule. (Davis jt 2009: 191).

Miller (2004: 565) kirjutab oma raamatus töötamisviisi, mis aitavad dementsusega patsiendile hakkama saada igapäevase elamise tegevustega: säilitada kõike aktiivsusi nii lihtsad ja rutiinsed kui võimalik; rajada rutiin, mis võimaldab maksimum iseseisvust; muuta rutiin, kui

patsientide funktsionaalsuse tase muudab; panna üks riietumise komplekt järjekorras; kui patsiendile on vaja abi hügieenis, on vaja kasutada laused, nagu "See on aeg Teie pesemiseks"; korraldada patsientide hoolduse asjad, nagu rõivastumise või hügieeni asjad, nähtavas ja puhtas kohas, korras, millises need asjad on kasutatud, valmistada hambahari koos hambapastaga vannitoas; rajada individualiseeritud eritamise plaan, mis võimaldab maksimaalse iseseisvuseks, aga minimaalne risk kiusepidamatuse episoodideks; pakkuda toidu suupiste, kui patsient ei söö laua taga.

Jacques jt (2000: 334) lisavad, et ei ole vaja seista patsientide juures, anda liiga palju instruktsioone ning tuleb vältida kiirustamist. Positiivne ergutamine ja kiitus on abistav. Patsient võib lõdvestuda ja nautida seda, mida ta teeb.

4 ARUTELU

Õendusabi nagu iga professionaalse tegevuse osutamiseks on tervishoiusüsteemis erinevad struktuurid. Veelgi olulisem on jälgida ja osata hinnata dementsusega patsientide hoolduse kvaliteeti hooldekodudes ja hooldusravi haiglates. Et hindamine toimuks võimalikult objektiivselt, on õendusabil kasutada hulgaliselt hindamisinstrumente, et saadud tulemuse analüüsimise- järgselt võtta kasutusele abinõud patsientide elukvaliteedi tagamiseks. See arsenal täiustub pidevalt.

Elukvaliteet ja dementsusega patsient on tänapäeva õenduses aktuaalne teema. Eakatel inimestel levinud dementsuse probleemi levimus kahekordistub iga viie aasta järel.

Hoe (2007), Selwood (2005) ja Arlt (2008) uurisid dementsusega patsientide elukvaliteeti. Uurimused näitasid, et palju eakaid inimesi elab hooldekodudes ja nende elukvaliteet on madal, kuigi patsiendid hindavad seda kõrgemalt, kui hooldajad. Väga olulisi nõuandeid dementsusega patsientidega suhtlemise kohta andis oma raamatus Adams (2008). Õde saab sellest materjalist edaspidiseks kasutamiseks väga olulist informatsiooni. Ta võib dementsusega patsiendist paremini aru saada ja siis on tal kergem selliste patsientidega töötada.

Dementsus kui haigus on hästi uuritud ja lähtudes sellest tuleks süvendatult uurida dementsusega patsiendi elukvaliteeti ja selle tagamiseks. Elukvaliteedi mõõtmiseks on palju skaalasiid, mille abil võib uurida missugused probleemid inimestel esinevad ning mida on vaja lahendada. Paljud skaalad hõlmavad sarnaseid valdkondi nagu liikuvus, sotsiaalne roll, mälu, heaolu. Lisaks on dementsuse hoolduse kaardistamine (DCM), mis mõõdab mitte ainult patsiendi seisundit, aga ka õe tegevusi. DCM aitab vältida pahaolu põhjust ja luua paremaid tingimusi heaolu saavutamiseks. Hindamisinstrumendid ei saa anda täpseid tulemusi dementsusega patsientide elukvaliteedist, sest patsient ise ei saa seda adekvaatselt hinnata. DCM võib anda täpseid tulemusi jälgimise abiga.

Elukvaliteeti võib mõjutada valguse ja müra abil, millel on nii positiivne kui negatiivne efekt. Üks uuring näitab, et hele valgustus parandab und ning dementsusega patsientidel ärritus väheneb. Teine uuring näitab, et äkiline müra võib suurendada desorientatsiooni ja ebakindlust.

Õed peavad aru saama, et mõlemal nähtusel võib olla oluline efekt dementsusega patsiendile, sellepärast on vaja hinnata müra ja valguse taset.

Oma diplomitöös tõi autor esile kolm probleemi, mis loovad õendusabis dementsusega inimese elukvaliteedi tagamisel põhilisi takistusi. Dementsusega patsiendid on eriti haavatavad alatoitumisele. Suutmatus iseseisvalt süüa on eakatel peamine riskitegur. Autor arvab, et kui dementsusega inimene elab hooldusasutuses, kuna kodus ei ole hoolduseks häid tingimusi, peab õde selgitama sugulastele, et nende sagedased visiidid tagavad patsiendi elukvaliteeti. Lou (2007) uuring näitab, et ka alatoitumisriski vähendavad sugulaste visiidid hooldusasutusse.

Teine probleem on seotud suhtlemisega. Dementsus kahjustab väljendusrikkust ja vastuvõtliku suhtlemise komponente, muudab inimeste suhtlemisviisi, kasutatavaid sõnu ja nendest arusaamist. Väga oluline on, et õde teab, kuidas dementsusega inimesega suhelda. Ta peab teadma, et patsiendiga on vaja rääkida seistes tema ees, mitte tema selja taga. Inimene võib mitte aru saada, et temaga räägitakse. Teine oluline asi on, et õde peab aru saama, mida räägib patsient, sellepärast et ta võib midagi teha, mis võib kutsuda esile ebameeldiva tunde patsiendis ja agressiooni.

Kolmas probleem on seotud liikumisega. Dementsusega patsiendid on kõik väga aeglased, sellepärast nendele on vaja anda rohkem aega liikumiseks. Paljud probleemid mis on seotud pesemisega, riietumisega, toidu valmistamisega, mõjutavad patsientide iseseisvat tometulekut. Peamised igapäeva tegevused kaovad dementsuse raskes astmes. Lisaks sellele on dementsusega patsientidel tugev tasakaalu häire ja oht kukkuda. Õdedel peab olema teadmisi, kuidas tagada hooldust füüsiliste probleemide ilmnemisel. Miller (2004) pakub oma raamatus, et dementsusega patsientide tegevused peavad olema rutiinsed ja lihtsad. Jacques jt (2000) kirjutavad, et on vaja vältida rohkeid instruktsioone ja kiirustamist.

Ettepanekud:

- Dementsusega patsientidega peab töötama õde, kes teab millised probleemid selle haigusega seoses võivad tekkida ja kuidas töötada inimestega, kellel on dementsuse diagnoos.

- Hooldusasutused peavad olema kujundatud nii, et tagada dementsusega inimeste elukvaliteeti.

JÄRELDUSED

- Dementsusega patsientidel esineb hulgaliselt probleeme, mis haiguse arenedes süvenevad ja mõjutavad otseselt patsientide toimetulekut elamise toimingutega nagu suhtlemine, söömine ja joomine, liikumine. Toimetuleku halvenemine toob kaasa elukvaliteedi languse.
- Selleks, et osutada kvaliteetset professionaalset õendusabi ja tagada dementsusega patsiendi elukvaliteet, on mitmesuguseid meetodeid. Elukvaliteedi mõõtmiseks on palju skaalasisid, millest osa on käesolevas töös loetletud, mille abil võib uurida missugused probleemid inimestel esinevad, selleks, et selgitada, mida on vaja parandada ning dementsuse hoolduse kaardistamine, mis aitab vältida pahaolu põhjust ja luua tingimusi heaolu saavutamiseks. Õendusabi võimalused tagada dementsusega patsientide elukvaliteeti hooldusasutuses laienevad pidevalt.

KASUTATUD KIRJANDUS

Adams, T. (Ed.) (2008). *Dementia care nursing promoting well-being in people with dementia and their families*. China: Palgrave.

Arlt, S., Hornung, J., Eichenlaub, M., Jahn, H., Bullinger, M., Petersen, C. (2008). The patient with dementia, the caregiver and the doctor: cognition, depression and quality of life from three perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 604-610.

Asser, T. (2004). Ajuhaiguste põhjustatud tervisekadu. *Eesti Arst*, 4, 231-235.

Baillie, L. (Ed.) (2009). *Developing Practical Adult Nursing Skills*. Third edition. UK: Hodder Arnold.

Beavis, D., Simpson, S., Graham, I. (2002). A literature review of dementia care mapping: methodological considerations and efficacy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 725-736.

Brooker, D., Duce, L. (2000). Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Aging & Mental Health*, 4(4), 354-358.

Chenoweth, L., Jeon, Y. H. (2007). Determining the efficacy of Dementia Care Mapping as an outcome measure and a process for change: A pilot study. *Aging & Mental Health*, 11(3), 237-245.

Davis, S., Byers, S., Nay, R., Koch, S. (2009). Guiding design of dementia friendly environments in residential care settings: Considering the living experiences. *Dementia*, 8, 185-203.

Dewing, J. (2009). Caring for people with dementia: noise and light. *Nursing Older People*, 21(5), 34-38.

Dinshaw, C. (2006). Surveying nursing practice on wards for older people with mental health needs. *Nursing Older People*, 18(10), 25-31.

Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T. A., Jett, K., Luggen, A. S. (2008). *Toward Healthy Aging: Human Needs & Nursing Response*. Seventh edition. Canada: Mosby.

Edelman, P., Kuhn, D., Fulton, B.R. (2004). Influence of cognitive impairment, functional impairment and care settings on Dementia Care Mapping results. *Aging & Mental Health*, 8(6), 514-523.

Fulton, B.R., Edelman, P., Kuhn, D. (2006). Streamlined models of dementia care mapping. *Aging & Mental Health*, 10(4), 343-351.

Gitlin, L.N., Corcoran, M.A. (2005). *Occupational Therapy and Dementia Care. The home environmental skill-building program for individuals and families*. USA: Aota Press.

- Hoe, J., Katona, C., Orrell, M., Livingston, G.** (2007). Quality of life in dementia: care recipient and caregiver perceptions of quality of life in dementia: the LASER-AD study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1031-1036.
- Innes, A., Surr, C.** (2001). Measuring the well-being of people with dementia living in formal care settings: the use of Dementia Care Mapping. *Aging & Mental Health*, 5(3), 258-268.
- Jacques, A., Jackson, G. A.** (2000). *Understanding Dementia*. Third edition. UK: Churchill Livingstone.
- Karim, S., Ramanna, G., Petit, T., Doward, L., Burns, A.** (2008). Development of the Dementia Quality of Life questionnaire (D-QOL): UK version. *Aging & Mental Health*, 12(1), 144-148.
- Kirby, S. D., Hart, D. A., Cross, D., Mitchell, G.** (Eds). (2004). *Mental Health Nursing. Competencies for Practice*. New York: Palgrave Macmillan.
- Lembra, E., Kõrv, J., Roose, M., Kaasik, A. E.** (2000). Elukvaliteedi muutused insuldihaigetel. *Eesti Arst*, 3, 174-179.
- Linnamägi, Ü., Asser, T.** (2004). Dementne inimene – koormus ühiskonnale. *Eesti Arst*, 4, 256-261.
- Linton, A. D., Lach, H. W.** (2007). *Matteson & Mcconnell's Gerontological Nursing: Concepts and Practice*, Third Edition. USA: Saunders.
- Lou, M. F., Dai, Y. T., Huang, G. S., Yu, P. J.** (2007). Nutritional status and health outcomes for older people with dementia living in institutions. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 470-477.
- Martin, G. W., Younger, D.** (2001). Person-centred care for people with dementia: a quality audit approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 443-448.
- Melillo, K.D., Houde, S.C.** (Eds). (2005). *Geropsychiatric and Mental Health Nursing*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Miller, C.A.** (2004). *Nursing for Wellness in Older Adults. Theory and Practice*. Fourth edition. USA: Lippincott Williams&Wilkins.
- Missotten, P., Ylief, M., Di Notte, D., Paquay, L., De Lepeleire, J., Buntinx, F., Fontaine, O.** (2007). Quality of life in dementia: a 2-year follow-up study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1201-1207.
- Nasso, J., Celia, L.** (2007). *Dementia Care*. USA: Thomson Delmar Learning.
- Neno, R., Aveyard, B., Heath, H.** (Eds). (2007). *Older People and Mental Health Nursing. A Handbook of Care*. UK: Blackwell Publishing.
- Nolan, P., Badger, F.** (Eds). (2002). *Promoting Collaboration in Primary Mental Health Care*. UK: Nelson Thornes.

Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 446-457.

Reimer, M., Slaughter, S., Donaldson, C., Currie, G., Eliasziw, M. (2004). Special Care Facility Compared with Traditional Environments for Dementia Care: A Longitudinal Study of Quality of Life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1085–1092.

Robinson, A., Cubit, K. (2007). Caring for older people with dementia in residential care: nursing students' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 59(3), 255-263.

Selwood, A., Thorgrimsen, L., Orrell, M. (2005). Quality of life in dementia – a one-year follow-up study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 232-237.

Sormunen, S., Topo, P., Eloniemi-Sulkava, U., Räikkönen, O., Sarvimäki, A. (2007). Inappropriate treatment of people with dementia in residential and day care. *Aging & Mental Health*, 11(3), 246-255.

Stockdell, R. (2008). How to Try This: The Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale: Determining how much help people with dementia need at mealtime. *American Journal of Nursing*, 108(8), 46-54.

Stoppe, G. (Ed). (2008). *Competence Assessment in Dementia*. Germany: SpringerWienNewYork.

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

WHO. (2006). *Neurological disorders public health challenges*. Switzerland: WHO.

Woods, B., Thorgrimsen, L., Spector, A., Royan, L., Orrell, M. (2006). Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging & Mental Health*, 10(3), 219-226.

Õendusabi. (2009). EV Sotsiaalministeerium.
<http://www.sm.ee/sinule/patsiendile/oendusabi.html> (26.02.2010).