

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGGKOO



Õenduse õppetool

Õe õppekava

Laine Teor

DEMENTSUSE SÜNDROOMIGA PATSIENTE TOETAV FÜÜSILINE KESKKOND

Lõputöö

Tallinn 2022

Olen koostanud lõputöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Luban Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma lõputöö PDF-versiooni raamatukoguprogrammis.

Lõputöö autori allkiri

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja Anne Ehasalu

/ nimi ja akadeemiline kraad/ MA Teadur

/allkirjastatud digitaalselt/

/ kuupäev digitaalallkirjas/

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	4
SUMMARY.....	5
SISSEJUHATUS	6
1. UURIMISTÖÖ METOODIKA	9
2. DEMENTSUSE SÜNDROOMIGA PATSIENTIDE FÜÜSILISE ELUKESKKONNA VAJADUSED.....	11
2.1. Füüsilise keskkonna iseärasused dementsuse sündroomiga patsiendi kodusel hooldusel	11
2.2. Dementsuse sündroomiga patsiendi probleemid seoses füüsilise keskkonnaga hoolduasutustes ja aktiivravihaias.....	13
3. DEMENTSUSEGA PATSIENTIDE FÜÜSILISE KESKKONNA PARANDAMISE VÕIMALUSED.....	15
3.1. Füüsilise keskkonna parandamise võimalused hooldamisel kodus.....	15
3.2. Füüsilise keskkonna parandamise võimalused hooldusasutuses ja haiglas.....	16
4. ARUTELU.....	20
JÄRELDUSED.....	22
KASUTATUD KIRJANDUS.....	23
LISA Infootsingute raport.....	25

KOKKUVÕTE

Lõputöö teemal Dementsuse sündroomiga patsiente toetav füüsiline keskkond on kirjanduse ülevaade 27 lk. Kasutatud on 38 kirjanduse allikat.

Lõputöö eesmärk oli kirjeldada dementsuse sündroomiga patsiente toetava füüsilise keskkonna kujundamise võimalusi õendusabi vahenditega.

Lõputöö on kirjutatud kirjanduse ülevaatenähtena. Lõputöös on kasutatud õenduslaseid artikleid ja teemakohaseid seonduvaid teaduslikke kirjandusallikaid. Enamik artikleid on leitud EBSCOhost, PubMed, Google Scholar andmebaasidest. Kirjanduse valikul oli piiranguteks artikli täisteksti olemasolu ning eesti- või inglisekeelne tekst. Artiklid on avaldatud ajavahemikus 2011 - 2021.

Olles läbi töötanud kirjandusallikad, võib järeldada:

- Füüsilise keskkonnaga seotud probleemid, mis on seotud õendusabi osutamisega erinevas raskusastmes dementsusega patsientidele esinevad kõigis õendusabi osutavates keskkondades: aktiivravihaiglas, hooldusasutuses ja kodus. Erinevused seisnevad füüsilise keskkonna muutmise võimalustes. Aktiivravihaiglas on suurimaks segavaks teguriks tegevuste domineerimine, mis on tingitud vajadusest raviprotseduure läbi viia. Ka on segadusttekitavad väikesed distantsid palatis, harjumatu müra ja ebapiisav valgustus. Probleeme tekitab ka personali ebakompetentsus suhtlemisel dementsete patsientidega. Hooldusasutuses on eelkõige probleemiks patsientide arvukus asutuses. Kodus on harjunud interjööri tihti probleemiks mitmesugused kodumasinad, uksepiidad, põrandad, mööbliesemed.
- Õendusabi võimalused füüsilise keskkonna DS patsientidele sõbralikumaks muutmisel ei ole aktiivravihaiglate osakondades väga suured, aga ka seal on võimalik näiteks panna koridoridesse käsipuud seintele ja palatite sildid võimalikult suurte tähtedega vormistada. Aktiivravihaiglate personali koolitamisel on väga oluline roll DS patsientide patsiendikeskse õendusabi osutamisele, eriti olukorras, kus patsientide vanuse suurenemisega suureneb vajadus aktiivravi järele, aga see omakorda pikendab patsientide haiglasviibimise aega. Hooldusasutused tuleb juba planeerimise faasis vastavalt patsientide diagnoosile kujundada. Patsientide kodusel hooldamisel on õendustöötajatel võimalik ohtudele füüsilises keskkonnas tähelepanu pöörata ja abistada lähedasi nende

likvideerimisel, et võimaldada patsiendil kauem kodus viibida.

Võtmesõnad: dementsusega patsient, füüsiline keskkond, õendusabi

SUMMARY

The thesis on the physical environment supporting patients with dementia syndrome is a literature review of pages. Thirty-eight sources of literature have been used.

The purpose of the thesis was to describe the possibilities for designing a physical environment that supports ds patients with nursing care tools. Due to the purpose of the work, the following tasks have been set describe the problems faced by patients with dementia syndrome in different physical nursing environments and describe the possibilities for nursing to improve the physical care environment for patients with dementia syndrome.

- Having worked through literary sources it can be concluded that problems related to the physical environment related to the provision of nursing care to dementia patients of problems related to the physical environment related to the provision of nursing care to dementia patients of varying severity occur in all nursing environments: active care hospitals, care facilities and at home. The differences lie in the possibilities of changing the physical environment. The main distraction in active care hospitals is the dominance of activities due to the need to carry out treatment procedures. There are also confusing small distances in the ward, unfamiliar noise and insufficient lighting. Staff incompetence in communicating with dementia patients also poses problems. In the care facility, the number of patients in the institution is a particular problem. At home, various household appliances, door plugs, floors, furniture items are often a problem in the interior.
- Nursing facilities to deal with the physical environment in making dementia patients friendlier are not very great, but it is also possible to put handrails on walls in corridors and

shape the labels of wards in the largest possible letters, for example. Care facilities need to be designed at an early stage of planning according to the diagnosis of patients. In the home care of patients, the nursing staff can pay attention to the risks in the physical environment and assist loved ones in eliminating them to enable the patient to stay at home longer.

Keywords: dementia patient, physical environment, nursing care

SISSEJUHATUS

Dementsuse sündroom (DS) mõjutab esmalt inimese kognitiivset ja seejärel füüsilist võimekust. Ajapikku kaovad inimesel teadmised ja oskused tulla iseenda ning ümbritseva keskkonnaga toime. Enim kannatab sündroomi all aju, mistõttu esineb tugevaid mäluhäireid, kõne ja arusaamise halvenemist, erinevaid käitumishäireid, sundkäitumist jmt. Haiguse süvenedes ei orienteeru inimene enam ajas, kohas ega tunne ära tuttavaid inimesi (Harsanyiova ja Prokop, 2018; Heinmets jt, 2018: 4; Lillo – Crespo jt, 2018; Hamiduzzaman jt, 2020).

Eestis on diagnoositud DS patsientide arv püsinud üsna stabiilsena jäädes 2000 – 2400 inimese piiresse aastati viimase viie aasta jooksul (PKH1: Psühhiaatri...2020). Samas on leitud, et Euroopas võib see arv ulatuda 14 miljonini aastaks 2050 (Lillo – Crespo, jt 2018). Arvatakse, et antud sündroomiga võib oodatav eluiga olla kuni 15 aastat, millest kuni viis aastat vajab patsient igakülgset hooldust ja toetavat ravi (Heinmets jt, 2018: 4).

Sellise patsiendi õendusabi edukuse tagamise üheks eelduseks peetakse diagnoosile vastavat füüsilist elukeskkonda (Heinmets jt, 2018: 4; Hamiduzzaman jt, 2020). DS patsientide keskkonda on uuritud ning kinnitatud, et keskkonnal on väga oluline roll patsientide edasisel toimetulekul ja psühholoogilisel heaolul (Lee jt, 2017: 135 – 141)

Füüsiliseks keskkonnaks peetakse laiemalt füüsilist ruumi ja miljööd, kus patsient viibib ja kitsamalt patsiendi tuba, mööblit ja dekoori (Hamiduzzaman jt, 2020). Hetkel on pööratud vähem tähelepanu füüsilisele keskkonnale, kuna enamuses tegutsetakse juba olemasolevates ruumides (Söderhamn jt, 2014; Kok jt, 2017; Kupeli jt, 2018: 165 – 166). Seetõttu on õed patsientide ja õendusabi osutamise koha n-ö vahendajad, kelle võimuses on teha ettepanekuid

ja muudatusi olemasolevate võimaluste piires DS patsientide elukeskkonna parendamiseks. (Söderhamn jt: 2014; Kok jt, 2017; Lillo – Crespo jt, 2018).

Järjest suureneb aga ka nende DS patsientide hulk, kes satuvad oma terviseprobleemidega aktiivravihai glasse. Õendusabi osutamine aktiivravihai glasse keskendub põhiliselt patsientide terviseprobleemide lahendamisele ja nendele füüsilise keskkonna eripäradele, mis võiksid olla abiks patsiendi-keskse õendusabi osutamiseks, ei ole aktiivravi osakondades oluliselt tähelepanu pööratud. (Bridges ja Wilkinson 2011; Chaudhury ja Cooke, 2014; Fukuda jt, 2015; Hung jt, 2017).

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õenduse õppetoolis on viimase kümne aasta jooksul dementsusega patsientide teemat käsitletud erinevatest vaatenurkadest: 2013 Palmet (Terapeutilised suhtlemistehnikad õde - patsient professionaalses suhtes), Rohilaid, Uibopuu (Õdede suhtlemisraskused dementsete eakate ja nende omastega); 2014 Pivovarova,, Tamlop (Õendusabi dementsusega patsiendi valu leevendamisel); 2015 Johanson (Patsiendikeskne õendusabi dementsusega patsiendile); 2020 Piir (Dementsusega patsiendi lähedaste toetamise võimalused õendusabi kaudu). Loetelust järel dуб, et põhiliselt käsitlevad lõputööd patsientide-õdede ja patsientide lähedaste suhetega seotud küsimusi. Füüsilist keskkonda ei ole ükski kümne viimase aasta jooksul valminud töö käsitlenud.

Lõputöö eesmärk on kirjeldada DS patsiente toetava füüsilise keskkonna kujundamise võimalusi õendusabi vahenditega.

Tulenevalt töö eesmärgist on püstitatud järgnevad ülesanded:

- kirjeldada dementsuse sündroomiga patsientide probleeme erinevates füüsilistes õendusabi osutamise keskkondades
- kirjeldada õendusabi võimalusi dementsuse sündroomiga patsientide füüsilise hoolduskeskkonna parandamiseks

Kesksed mõisted:

Dementsuse sündroomiga patsient - (*dementia patient*) - Dementsuse sündroom (DS) mõjutab esmalt inimese kognitiivset ja seejärel füüsilist võimekust. Ajapikku kaovad inimesel teadmised ja oskused tulla iseenda ning ümbritseva keskkonnaga toime. (Hamiduzzaman jt, 2020)

Õendusabi – (*nursing care*) - “Õendusabi on ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutavad õde ja ämmaemand koos pere-, eri- või hambaarstiga või iseseisvalt” (Tervishoiuteenuste korraldamise ..., 2001: §24)

Füüsiline keskkond - (*physical environment*) - Füüsiliseks keskkonnaks peetakse laiemalt füüsilist ruumi ja miljööd, kus patsient viibib ja kitsamalt patsiendi tuba, mööblit ja dekoori (Hamiduzzaman jt, 2020)

1. UURIMISTÖÖ METOODIKA

Käesolev lõputöö on kvalitatiivne kirjanduse ülevaade. Kirjanduse ülevaade on kirjalik dokument, mis esitab loogiliselt ja argumenteeritult uuritavat asjaolu, mis põhineb terviklikul arusaamal uuritava teema teave hetkeseisust. (Onwuegbuzie jt, 2012: 2).

Uuritavateks materjalideks on teaduslikud artiklid. Lõputöös on kasutatud õenduslaseid artikleid ja dementsuse sündroomiga patsientide õendusabiga seonduvaid teaduslikke kirjandusallikaid. Lõputöös kasutatavad materjalid on tõenduspõhised ning on avaldatud 2012-2021 aastatel. Lõputöös on kokku kasutatud kirjandusallikat.

Lõputöö materjalide leidmiseks kasutati põhiliselt järgnevaid otsingusõnu: ja nende kombinatsioone: dementsus (*dementia*), füüsiline keskkond (*physical environment*), aktiivravihaiгла (*acute care hospital*), hooldusasutus (*nursing home*), kodune hooldus (*homecare*), õendus ja dementsusega patsient ja keskkond (*nursing and dementia care and environment*), õendus ja dementsusega patsient ja akuutravi (*nursing and dementia patients and acute care*), õendus ja dementsusega patsient ja kodu (*nursing and dementia care and home*), dementsusega patsient ja hooldekodu ja ohud (*dementia patients and nursing home and hazards*). Otsingusõnadega leitud artiklitest kasutati töös ainult täistekstiga artikleid.

Kirjandusallikate otsingustrateegia koos otsingusõnade kombinatsioonidega on toodud lisa 1.

Töös kasutati teaduspõhiseid kirjandusallikaid, mis käsitlesid dementsusega patsientide füüsilist elukeskkonda ja õendust. Materjali kogumisel kasutati *EBSCOhost: Health Source: Nursing/Academic edition; Academic search complete* ja *MEDLINE, PubMed ja Google Scholar* elektroonilisi andmebaase (vt lisa 1), Tervise Arengu Instituudi diagnooside statistikat, MTÜ Elu Dementsusega poolt koostatud ekspertanalüüsi.

Lõputöö koostamise esimeseks etapiks oli teema valimine ning uurimistöo probleemi püstitamine. Sellele järgnesid järgnevad etapid: uurimistöo eesmärgi ja ülesannete sõnastamine, sobivate artiklite ja kirjandusallikate otsimine ning nende selekteerimine. Materjalide läbitöötamine, ingliskeelsete materjalide tõlkimine ning refereerimine, leitud materjalide loogiline sidumine ühtseks tervikuks ning kõige lõpuks kirjutatu analüüsimine ning korrigeerimine.

Lõputöö on koostatud vastavalt 2019. aasta Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis kehtivale kirjalike

üliõpilastööde koostamise ja vormistamise juhendile. Töös on esitatud vaid teemakohaseid teaduslikke artikleid. Kõikidele kirjandusallikatele, mida uurimistöös kasutati, on korrektselt viidatud.

Töös kasutati teaduspõhiseid kirjandusallikaid, mis käsitlesid dementsusega patsientide füüsilist elukeskkonda ja õendust. Materjali kogumisel kasutati *EBSCOhost: Health Source: Nursing/Academic edition; Academic search complete* ja *MEDLINE, PubMed ja Google Scholar* elektroonilisi andmebaase (vt lisa 1), Tervise Arengu Instituudi diagnooside statistikat, MTÜ Elu Dementsusega poolt koostatud ekspertanalüüsi.

Töös kasutatud kirjandusallikatele on viidatud, järgides Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli kirjalike tööde koostamise ja vormistamise juhendit, millega on tagatud ka uurimistöo usaldusväärsus ja eetika nõuded.

2. DEMENTSUSE SÜNDROOMIGA PATSIENTIDE FÜÜSILISE ELUKESKKONNA VAJADUSED

2.1. Füüsilise keskkonna iseärasused dementsuse sündroomiga patsiendi kodusel hooldusel

Õendusabi ülesanne kõigis tegevusvaldkondades on patsiendi - keskse abi osutamine patsientide elukvaliteedi kindlustamiseks ja võimalusel ka parandamiseks. Järjest suurenev eakate hulk elanikkonnas ja vananemisega seotud problemaatika, eriti kasvav DS patsientide hulk moodustab sellest ühe mahukama osa. Selle ravimatu ja eelkõige vaimsete võimete vähenemisega seotud haiguste kompleksi alguse, arenemise ja raviga seotud küsimustega on järjest suurem hulk tervishoiutöötajaid tegevuses. Siinjuures on oluline, et sümptomid võimalikult vara oleks märgatud, ennetusmeetmed kasutusele võetud ja planeeritud tegevused, mis aitaksid patsientide elukvaliteeti optimaalselt säilitada. Kuna tegemist on elamise toimingutega toimetulematuse järjest süveneva protsessiga, mille puhul on võimalikud mitmesugused abistavad struktuurid, on võimalik DS patsientide elukvaliteedi küsimustega alustada juba siis, kui on tegemist haiguse varajase või leebema staadiumiga, et pikendada DS patsientide võimalust koduses keskkonnas toime tulla. Selleks annab võimaluse näiteks teatud muudatuste tegemine koduses keskkonnas (How to make...2018; Marquardt jt, 2014: 145; Marquardt jt, 2011: 258 – 273).

Uuringud, mis keskenduvad DS patsientide hooldamisele kodus, keskenduvad tihti hooldajate-poolsetele vaatenurkadele, mitte niivõrd patsientide vastustele, kuigi ka selliseid uuringuid on tehtud, mis kujutab äärmiselt väärtuslikku informatsiooni otse allikalt. Gitilin jt (2014: 517 – 518) uurisid patsientide rahulolu elukeskkonnaga ja oma elukvaliteediga, täpsemalt tunti huvi toimetuleku osas kodus: kukkumised, võimalused traumadeks, une ja valu probleemid, jne. Suurimaks probleemiks oli koduses hoolduses kukkumiste risk, mitmesuguste ohtude olemasolu kodus, unehäired, valu.

Kõigest hoolimata on oma kodu DS patsiendi jaoks parim ja olulisim koht, kus aga peaks olema tehtud iseseisvaks ja ohutuks toimetulekuks vajalikud muudatused ja valmisolek paindlikkuseks, et patsiendi-keskset hooldust võimaldada. (Marquardt jt 2011: 258 – 273; Soilemezi jt, 2017: 1237 - 1272).

Uuring, mille käigus analüüsiti 40 kvalitatiivse DS patsientide käitumisega seotud uuringu materjale, otsis vastust küsimustele füüsilise keskkonna, objektide ja DS patsientide käitumise seoste kohta. Autorid kinnitavad oma järeldustes, et kodu on vajalik muuta koos muutustega dementsuse astmetes, mis võib tähendada DS mingis arenguastmes vajadust asutushoolduse järele (Soilemezi jt, 2017: 1237 - 1272).

Ühendkuningriigis on DS patsientide probleemid olnud pikka aega kõrgendatud tähelepanu all, sest eluea pikenemisega on oluliselt suurenenud DS patsientide hulk. Uuringu andmetele toetudes on UK-s üle 850000 inimese, kellel on diagnoositud dementsus, üks neljateistkümnest inimesest vanuses üle 65 aasta saab dementsuse diagnoosi. Üle 80-aastaste inimeste puhul on võimalus seda diagnoosi saada ühel kuuest inimesest, kes sümptomite tekkimisel ei ole sugugi valmis oma kodust lahkuma ja vajavad elamistoimingutega toimetulemiseks kõrvalist abi ka siis, kui füüsiline keskkond on kohandatud nende vajadustele vastavaks, kus nõustajateks võivad olla õed. (About dementia...2020).

Koduses keskkonnas võivad probleeme tekitada puudulik üldvalgustus, ülemäärane müra, läikivad ja libedad põrandad, mis võimendavad kõndimisel sammude helisid, on eriti häirivad neil juhtudel, kui patsient kasutab kuulmisaparaati. Lääkiv põrand võib tekitada mulje ka märjast põrandast, mida patsient soovib vältida. Vaibad, mis küll müra summutavad, võivad aga tekitada tunde, et maas on mingi takistus ja võib tekkida soov neist üle astuda, mis võib kukkumisega lõppeda. Eriti ohtlikud on tugeva triibumustriga põrandakatted või -vaibad. Ohtu kujutavad ka vaibad, mis ei ole põrandale kinnitatud, libisevad põrandal ja võivad olla kukkumiste põhjustajateks, mille tulemusena võib järgneda vajadus raviks aktiivravihaiglas (How to make...2018,Close jt, 2014).

Probleemseteks võivad kujuneda kodus harjumuspärased mööbliesemed, nende paigutus, mis patsientidele võib kujuneda ohuks liikumisele ja pärssida toimetulekut kodus.

2.2. Dementsusega patsiendi probleemid seoses füüsilise keskkonnaga hoolduasutustes ja aktiivravihaiglas

Hooldusasutusse sattunud patsientide puhul on tihti probleemiks hooldusasutuse suurus ja struktuur. DS patsiendid on väga tundlikud muutustele keskkonnas, mistõttu vajavad nad rutiinset ja ühetaolist keskkonda oma parimaks toimimiseks, sh ise oma võimete piires tegevuste teostamiseks. Keskkonna vahetudes muutuvad nad kiirelt enam desorienteerituks ja isoleerituks (Lillo-Crespo, jt 2018).

Häirivateks teguriteks hooldusasutustes nagu ka kodus võivad kujuneda eelkõige ruumide disainiga seotud probleemid. Suletud või raskesti avatavad ukсед ja kõrged lävepakud piiravad patsientide võimalusi liikumisel ja endale meelepärase ajaveetmise koha valimisel. Näiteks ratastooli kasutaja ei saa iseseisvalt õue minna, kuna lävepakk on ratastooli jaoks kõrge ning patsiendil pole piisavalt jõudu, et ust ise avada. (Nordin jt, 2017: 730-732; de Boer jt, 2018). Pikad kitsad koridorid ning koheselt mittenähtavad olmeruumid (nt tualett, puhkeala jne) tekitavad patsientides segadust ja ärritavust (Marquardt jt, 2014; Nordin jt, 2017; de Boer jt, 2018).

Käsi puudumine treppidel või seintel võivad olla takistuseks patsientide iseseisval liikumisel, kuna neil puudub võimalus kuskile toetuda või millestki kinni hoida liikudes (Nordin jt, 2017: 734). Iseseisvat liikumist ruumides takistavad ühetaolise tooniga ukсед-seinad ja loetamatud või keeruka disainiga sildid. Kõrge müratase (nt väga valjult mängiv teler, karjumine jms) soodustab patsientide uitamist, agressiivset ja häirivat käitumist, ärritavust, eksimist. (Marquardt jt, 2014: 139-140; Lee jt, 2017; Devos jt, 2019).

Aktiivravihaiglatesse sattunud DS patsientide probleeme, mis on otseselt seotud keskkonnaga, ei ole väga palju uuritud. Küll on uuringutulemused kinnitanud dementsusega patsientide puhul aktiivravi haiglatesse sattumise järel suremuse suurenemist, sümptomite ägenemist, kukkumiste sagenemist, funktsionaalsuse vähenemist, desorienteeritust, alatoitumist ja vedelikuvaeguse tekkimist. Patsiendid, kelle tunnetus ei ole samal tasemel üldise patsientide hulgaga võivad tunda ka hirmu, valu ja janu tänu sellele, et nende suhtlemisvõimekus ei ole samal tasemel ülejäänud patsientidega. (Røsvik ja Mork Rokstad, 2020; Bridges ja Wilkinson 2011).

Võõras keskkond aktiivravihaiglas, kus tingimused osakonnas erinevad DS patsientide

harjumuslikust keskkonnast, võib võimendada dementsusega patsiendi inadekvaatset käitumist ja afektiivseid sümptome, kuna distantsid voodite vahel on liiga väikesed, ümberringi on palju võõraid asju, ärritavad juhuslikud ja harjumatud helid, puudub tavapärane rutiin tegevustes. (Chaudhury ja Cooke, 2014: 146).

Õendusabi vajadus kasvab oluliselt demograafilise olukorra näitajate taustal, tuues kaasa vajaduse patsiendikeskse abi osutamiseks DS patsientidele ka aktiivravi osakondades. Õendustöötajad on erineva praktilise kogemusega ja tunnevad ennast eriti ebakindlalt DS patsientidele õendusabi osutades osakondades, mis peavad vastama tervishoiuasutuste kehtestatud reeglitele, mis aga ei vasta alati DS patsientide vajadustele. See omakorda raskendab kvaliteetse ja patsiendi-keskse õendusabi osutamist. (Pinkert jt, 2018 162 – 172).

Aktiivravi haiglates keskendutakse akuutse seisundi ravile, aeg on tegevusteks limiteeritud, mistõttu DS patsiendid, kes on tundlikumad ja vajaksid seetõttu ka erinevat kohtlemist võivad sattuda nende jaoks harjumatusse olukorda. (Yous jt, 2019: 1 – 16). DS patsientide käitumine olukorras, mis võib tekkida ebasobivate mõjutegurite toimel võivad väljenduda sihitu ringiliikumisenä, häälitsemisenä, löömisena, rahutusena, korduvate küsimuste esitamisenä aga ka seksuaalselt ebakohase käitumisenä mis võib olla väga häiriv nii teistele patsientidele, aga ka õenduspersonalile, kelle põhitegevuseks on õendussekkumiste läbiviimine.

DS patsientide olukorda haiglates halvendavad ka eakate üldiste terviseprobleemidega seonduvad geriaatrilised sündroomid nagu kukkumine, deliiriumid ja funktsioonide kaotus seoses sellega, et patsientide haiglas viibimise aeg pikeneb. Lisaks mõjutavad patsiente ebaadekvaatne jälgimine ja ravi, discrimineerimine, personali puudus ja koolitatud personali puudumine (Georg jt, 2013: 355 - 361). See kõik tingib ka olukorra, et DS patsientide individuaalsus jääb toetamata ja ei toimu patsiendikeskse õendusabi osutamist (Clisse jt, 2013: 1495 - 1503). Connellyt ja Shea (2013) oma põhjaliku uuringu tulemusena on jõudnud järeldusele, et mida vanemad on DS patsiendid, seda kauem tuleb neil ka akuutsete terviseprobleemide tõttu haiglas viibida, mis omakorda vihjab vajadusele pikema haiglasviibimisega seotud probleeme lahendada.

3. DEMENTSUSEGA PATSIENTIDE FÜÜSILISE KESKKONNA PARANDAMISE VÕIMALUSED

3.1. Füüsilise keskkonna parandamise võimalused hooldamisel kodus

Õed puutuvad dementsuse sündroomiga patsientidega järjest sagedamini kokku, teavad sündroomiga kaasnevaid patsientide probleeme ning seda, kuidas selliste patsientidega käituda, kuidas patsientide toimetulekut toetada ning kognitiivsete võimete langust maksimaalselt pidurdada (Söderhamn jt, 2014: 1923 – 1930; Kok jt, 2017; Lillo – Crespo jt, 2018).

Kuigi paljud uuringud tõestavad, et kodu on dementsusega patsiendile kõige turvalisem keskkond, on ka siin võimalikud probleemid, mida ei patsient ise ega ka tema lähedased ei märka ja siin on kõrvaline abi vajalik ja omal kohal. Muutusi kodus keskkonnas ei ole võimalik väga lühikese ajaga korraldada, kuigi on olemas mõningaid lihtsaid asju, mille korraldamisel on dementsusega patsiendil võimalik ohutult ja kaua oma kodus iseseisvalt hakkama saada. (Soilemezi jt, 2017: 1237 – 1272).

Ruumide valgustusel on dementsusega patsientide toimetuleku parandamisel oluline osa. Hea valgustus aitab paremini toime tulla ka harjunud kodus keskkonnas ja on oluline dementsusega patsientide probleemidest iseseisval toimetulemisel üks olulisematest (How to make...2020). Kuna inimese nägemisteravus halveneb üldiselt ea tõustes, siis on seda enam põhjust vaadata üle patsiendi kodu valgustuse aspektist. On vaja teada, et terav punktvalgus ei ole dementsusega patsientide toimetuleku soodustamiseks parim viis. Vaja on kasutada piisavat, pehmet päevavalgust, hajutatud üldvalgustust - seinavalgusteid. Päevavalguse võimaldamine ruumides on hädavajalik ja kardinal peaks olema päeval eest lükatud. Hämarad ruumid põhjustavad dementsusega patsientidel ebamugavust ja desorienteeritust. Eriti oluline on kukkumiste vältimiseks valgustus koridoris ja tualettruumis. Tuleks kontrollida, et akendest väljavaatamist ei segaks vaadet varjavad hekid, puid, põõsad ja muud esemed. (Jakob ja Lesley 2016: 115 – 133).

Teisalt on vaja vältida peegeldavaid pindu ja ka peegleid, mis võivad esile kutsuda segadust ja põhjusega ärritada. Päevasel ajal eest tõmmatud kardinal annavad võimaluse näha akna taga toimuvat, aga õhtul on oluline aknad katta, et patsiendi enda kujutis tumedal taustal teda ei

hirmutaks. Ruumis kõndimisel tekkiv müra on häiriv nii tavainimestele, kuid eriti dementsusega patsientidele, kuna tekitab põhjuse ta ärevust. Kaasajal kasutatavad põrandamaterjalid kodudes nagu laminaat ja linoleumid on helisid võimendavad ja vajaksid väljavahetamist kogu põrandat katva põrandakatte või vaiba vastu, aga siin on vajalik silmas pidada mustri valikut, sest tugevate triipudega põrandakatted võivad tekitada olukorra, et patsient ei söanda triipudele astuda. (Jakob ja Lesley 2016: 115 – 133; How to make...2018).

Kodu üldise disaini puhul on olulised värvid, mida interjööri kujundamisel kasutada. Soovitatakse kasutada seintel ja põrandatel kontrastseid värve, et muuta kodus toimetulekut ohutumaks. Peaks pöörama tähelepanu mööbli toonidele, mis võiksid olla erinevad ja kontrastis seinte ja põrandaga. Ka tualetis võiks iste olla seinte toonidest erinevat värvi. Sama kehtib lauanõude kohta ja selleks, et taldriku serv oleks näiteks eristatav söögilaual on hea, kui on tegemist kontrastsete toonidega. Mahedad ja segatud toonid ei ole sobilikud, kuna neid on taustast raske eristada. Tualetis kasutatav tehnika peaks olema DS patsiendile tuttav, mistõttu remondi korral, kui on vaja vahetada sanitaartechnika, tuleks silmas pidada võimalikult varajasema sarnase tehnika asendamist, sest uute tehniliste lahendustega ei pruugi DS patsiendid toime tulla (How to make...2018).

3.2. Füüsilise keskkonna parandamise võimalused hooldusasutuses ja haiglas

Kuigi kodu on DS patsiendile parim koht, on haigusnähtude süvenemisel vajalik DS patsientide paigutamine **hooldusasutusse**. Uuringud kinnitavad, et väikses ja koduses keskkonnas elavad DS patsiendid tunnevad end rahulikumalt võrreldes suurtes hooldekodudes elavate patsientidega. Väiksemas keskkonnas võib patsientide kognitsioon kas säilida või isegi paraneda. Suuremates keskkondades esineb patsientidel rohkem segadusseisundeid. Väiksemates kogukondades tulevad patsiendid iseseisvalt paremini toime igapäevaste toimingutega. Nende tuju ja meeleolu on parem, depressiivsuse sümptomeid esineb vähem. Ka soodustab selline keskkond nende sotsiaalseid oskusi ja suhtlemisvõimet, lisaks on nad aktiivsemad erinevates tegevustes. Väiksem ja kodusarnane keskkond vähendab DS patsientide ravimite kasutamist, vererõhk alaneb ja kujuneb parem võimalus patsiendikeskseks ja personaliseeritud lähenemiseks. (Morgan-Brown jt, 2013: 61-62; Marquardt jt, 2014: 134-135).

Kuna dementsusega patsient viibib enamasti siseruumides, peetakse füüsilist keskkonda väga oluliseks teguriks tema üleüldises heaolus. Asjakohane kujundus soodustab patsientide

aktiivsust ja suhtlemist. Enim ajast veedetakse oma tubades, seejärel söögisaalis, päevaalades, koridorides. Tegevustest enim harrastatakse magamist/tukkumist, suhtlemist teistega, teleri vaatamist või raadio kuulamist, puhkealades või koridorides istumist ning teiste inimeste jälgimist. Mida paremini annab füüsiline keskkond patsiendile võimaluse iseseisvalt hakkama saada, seda parem. Patsiendile Aktiivsus ja sotsiaalsed kontaktid annavad igaks päevaks struktuuri ja rutiini, mida DS patsient vajab. Aktiivsus parandab elukvaliteeti ja mõjutab positiivselt kognitiivset võimekust, sh vähendab depressiivsust ja füüsiliste puuete arenemist. Seega on DS patsientide füüsiline keskkond, eriti erinevatele vajalikele ruumidele ligipääsetavuse mõttes ülioluline, lisaks tuleb seda kohandada vastavalt patsiendi seisundi muutustele. (Nordin jt, 2017: 727-730).

On leitud, et avatud planeeringuga ruumid, automaatselt avanemine uksed ja liftid ühisalades soodustavad DS patsientide liikumist hoone piires. Patsiendid kasutavad sellises asukohas rohkem puhkealasid ja suhtlevad teiste inimestega. Suured aknad mõjuvad rahustavalt kuna sealt on võimalik paremini välja vaadata. (Nordin jt, 2017: 730; de Boer jt, 2018).

Pikad koridorid pärsivad patsientide liikumist. Näiteks hoonetes, kus söögituba on koridori lõpus, liiguvad DS patsiendid iseseisvalt vähem, kuna koridori tagumise poole elanikud ei jaksa nii pikki vahemaid korraga läbida. Lühemate koridoride puhul liiguvad patsiendid neis aktiivsemalt. (Nordin jt, 2017: 732). Õdede posti paigutus pika koridori keskele ja patsientide nägemisulatusse aitab kaasa patsientidega suhtlemisele, nende turvatundele. Ka igalt poolt nähtavad ühisruumid või olulised kohad (nt tualett), vähene uste arv ja lühemad vahemaad aitavad patsientidel kergemini iseseisvalt ringi liikuda ning vähendavad märkimisväärselt eksimisvõimalusi. (Marquardt jt, 2014: 136-137; de Boer jt, 2018).

Hea üldvalgustus vähendab ärritavust, rahutust ja agressiivsust. See muudab patsiendid ärksamaks, soodustab end sõnaliselt paremini väljendama. See parandab tuju ja vähendab depressiivsust. (Marquardt jt, 2014: 137-140; Lee jt, 2017: 135-141). Unerütm paraneb, unehäired vähenevad. Näiteks söögilaua tugevam valgustamine ja lauanõude visuaalse kontrastsuse suurendamine (nt tumesinine kandik valge taldrikuga) vähendab segavat käitumist ja suurendab isu. Optimaalne õhutemperatuur ruumides (mitte külm ja mitte palav) vähendab ärritavust ja häirivat käitumist ning suurendab üldist heaolu. (Marquardt jt, 2014: 137-140).

Vaikne keskkond soosib ka õues viibimist, mürarikkad keskkonnad mõjuvad häirivalt ja/või hirmutavalt. Tasase pinnase ja hea kõnniteega õuealadel viibivad DS patsiendid rohkem kui

ebatasasel, käänulisel, astmelisel pinnal. (Nordin jt, 2017: 732; de Boer jt, 2018). Õuealad peavad kindlasti piiratud olema, et mobiilne patsient ei saaks kaduma minna (Hamiduzzaman jt, 2020).

Vaikne ja meeldival tasemel müra (nt muusika) võib aidata DS patsientidel meeleolu parandada ja igavust vähendada. (Marquardt jt, 2014: 139-140; Lee jt, 2017; Devos jt, 2019). Näiteks jutukad kaaslased söögilauas võib soodustada paremat söömist-joomist. (Marquardt jt, 2014: 139-140; Devos jt, 2019). Suured ja avarad söögitoad, kus on võimalik vabalt rulaatorite, ratastoolide jms abivahenditega liikuda ning endale meelepärane koht valida soodustavad patsientide liikumist ning sotsiaalsust (Nordin jt, 2017: 730).

Siltide ja juhiste olemasolu parendab märkimisväärselt DS patsientide toimetulekut ja rahulolu. Neid kasutatakse sahtlitel, ustel, tubade märkimiseks jne. On ka leitud, et ainult pildiga silt ei ole nii arusaadav kui tekstiga, kuna süvenenud staadiumis väheneb patsientide arusaam abstraktsetest kujunditest. Kui silte kasutatakse patsiendi aktiveerimiseks, võib neid kasutada ka potentsiaalselt ohtlikest kohtadest eemale hoidmiseks. Näiteks leiti, et kui väljapääsude ette pandi kardin, maal vmt, vähendas see märkimisväärselt patsientide lahkumist ja ukselinkide katsumist. Selline visuaalne piirang aitab ennetada uidates eksinud patsientide ära kadumist. (Marquardt jt, 2014: 145; Davis ja Weisbeck 2016).

Väiksema patsientide arvuga toas olles (maksimaalselt kaks) väheneb DS patsientidel agressiivsus ja suureneb koostööhuvi ning nende kaasamine erinevatesse tegevustesse on lihtsam. Mida rohkem inimesi ühes ruumis, seda agressiivsem ja passiivsem on patsient. Väiksem ruum vähendab patsientide omavahelisi konflikte, suunab olema rohkem sotsiaalselt aktiivne, annab rohkem privaatsust, parandavad ka DS patsientide und. (Marquardt jt, 2014: 136; de Boer jt, 2018; Lillo-Crespo jt, 2018).

Avarad ja abivahendite kasutamist soodustavad eluruumid annavad patsientidele parema võimaluse iseseisvalt toas ringi liikumiseks. Kui tuba on sisustatud patsiendi isiklike asjadega, tunnevad nad end paremini ja kodusemalt. (Morgan-Brown jt, 2013: 61-62; Nordin jt, 2017: 733). Personaliseeritud tuba, kuhu on pandud mitmeid patsiendi isiklike asju (nt fotod, mööbel, riideese jmt), vähendavad patsiendi käitumishäireid ja suurendavad tema üldist heaolu (Marquardt jt, 2014: 141).

Motiividega vaibad parandavad DS patsientide liikumisaktiivsust. Samas põranda mustrid ja tumedad jooned võivad neid segadusse ajada. On leitud ka, et n-ö toaspetsiifiline värv võib

aidata patsientidel paremini oma tuba leida (nt kollakal toal on kollakas uks). (Marquardt jt, 2014: 141). Kusjuures ka pesuruumides intiimseid toiminguid teostades rahuliku muusika mängimine (nt linnulaul jmt), temperatuuri tõstmine ja pildid vmt seintel vähendavad efektiivselt ärritatud käitumist (Marquardt jt, 2014: 143).

Aktiivravihai glasse sattumine sageneb DS patsientide arvu suurenemise ja DS patsientide vanuse tõusu tõttu, eriti 80+ vanusegrupis. See esitab väljakutseid õendusabi töötajatele, kes ei ole alati teadlikud DS patsientide käitumise eripäradest. See omakorda võib raskendada vajalike õendussekkumiste läbiviimist. Uuringud on tõestanud, et patsiendikeskse õendusabi osutamiseks on vajalik õenduspersonali koolitus, kuna füüsilise keskkonna muutmine aktiivravihai glasse osakonnas ei ole tihti võimalik. (Fukuda jt, 2015; Hung jt, 2017; Pinkert jt, 2018). Uuringud on kinnitanud probleemi tõsidust, sest DS patsientide puhul ei ole üht lihtsat lahendust, vaid vaja on mitmetasandilist lähenemist - patsient, ülesanded, personal, meeskond, keskkond, organisatsioonid ja onstitutsioonid et DS patsientide õendusabi kvaliteeti parandada. Seda eriti seetõttu, et vananeva elanikkonna puhul suurenevad ka geriaatrilised probleemid, patsientide hospitaliseerimise aeg pikeneb ja DS patsientide arv akuutravi haiglates tõuseb. Kompleksne lähenemine annaks õdedele võimaluse osutada patsiendikeskset õendusabi. (Clisse jt, 2013: 1495 - 1503; Connely ja Shea, 2013)

ARUTELU

Tööst selgub, et DS patsientide füüsiline keskkond on oluline kõigis õendusabi pakkuvates keskkondades: aktiivravihaiglas, hooldusasutustes ja kindlasti ka koduses keskkonnas ning sellele tuleb tähelepanu pöörata. Seda kinnitavad ka näiteks Kok jt (2017), Nordin jt (2017), Kupeli jt (2018) ja Lillo-Crespo jt (2018) läbiviidud uurimused. Kuna õendusabi nimetus viitab sellele, et patsientide eest kannavad valdavalt hoolt õed (Söderhamn jt, 2014; Kok jt, 2017; Lillo-Crespo jt, 2018), siis võiksid olla just nemad isikuteks, kes aitavad luua dementsetele patsientidele võimalikult hea keskkonna vastavalt võimalustele. Kuigi enamasti tegutsetakse juba olemasolevates ruumides (Söderhamn jt, 2014; Kok jt, 2017; Kupeli jt, 2018), on siiski autori arvates võimalusi ka olemasolevat keskkonda parendada.

Dementsuse sündroomiga patsientide üldine keskkond peaks olema väike ja kodune, kuna seal toimivad nad paremini (Morgan-Brown jt, 2013; Marquardt jt, 2014). Avarad ruumid ja mugavalt tagatud liikumiseks mõeldud abivahendid (nt käsipuud jmt) soodustavad nende aktiivsust, sotsiaalsust ja üldist heaolu (Nordin jt, 2017; de Boer jt, 2018). Pikad kitsad koridorid ning koheselt mittenähtavad olmeruumid (nt tualett, puhkeala jne) aga tekitavad patsientides segadust ja ärritavust (Marquardt jt, 2014; Nordin jt, 2017; de Boer jt, 2018). Kuna dementsed patsiendid on mäluprobleemidega, võib tõepoolest selline ruumide korraldus mõjuda väga häirivalt. Seda saab edukalt parendada näiteks erinevate siltidega, mis on leidnud tõestamist hea abivahendina näiteks Marquardt jt (2014) ning Davis jt (2016) poolt.

Hea valgustus ja vaikne keskkond on dementsetele patsientidele väga hea (Marquardt jt, 2014; Lee jt, 2017; Nordin jt, 2017; Devos jt, 2019), kuna soodustab nende aktiivsust ja vähendab ärritavust ning käitumishäireid. Autori nõustub sellega, kuna hämarad ruumid ja müra mõjuvad väsitavalt ning pärsivad igati aktiivsust. Ka privaatsetes ruumides on see väga oluline tagada, eriti müra seisukohalt, kuna patsiendi tuba on siiski tema isiklik ruum, kuhu taanduda puhkama või kus mõni veedabki enamuse oma ajast.

Autori kogemuste põhjal nõustub ta Marquardt jt (2014), de Boer jt (2018) ning Lillo-Crespo jt (2018) leidudega, et mida vähem inimesi jagab tuba, seda parem on nii patsientidel kui personalil oma tegevusi teha. Oluline on siinkohal privaatsus, mida on sageli õendusabis keeruline tagada. Lisaks on vajalik mõelda ruumis ka abivahendite kasutamisele, et patsient mahuks näiteks rulaatoriga iseseisvalt tualetti minema jmt. See annab iseseisvust juurde ning teeb olemise mugavamaks. Lisaks on üks suurimaid kohti, kus annaks väheste vahenditega

toetada dementse patsiendi tervist just tema toa personaliseerimine. Nagu mitmed allikad on välja toonud (nt Morgan-Brown jt, 2013; Marquardt jt, 2014; Nordin jt, 2017), siis patsientide isiklikud asjad nende tubades suurendavad patsientide üldist heaolu, tekitavad kodusema ja turvalisema tunde. Ka võiks teoretiseerida, et tuttavate esemete (eriti pikaajaliselt kasutusel olnud) nägemine toa ükselt võiks ergutada patsiendi mälu ja soosida meeles pidamist, et tegemist on just selle patsiendi toaga, kui ta on ekslema läinud.

Autor on seisukohal, et kuigi juba olemasolevat füüsilist ruumi kui sellist on võimatu muuta, saab siiski just dementsetele patsientidele mõeldud väikeste vahenditega olukorda parendada. Olgu selleks siis erinevate siltide kasutamine, muusika mängima panemine või patsiendi isiklike esemetega tubade sisustamine.

Kõike eelnenut arvesse võttes on võimalik patsientide kõige eelistatumat elukohta – kodu - muuta ohutumaks, et patsientidel oleks võimalus maksimaalselt kaua seal viibida. Õendusabi väljendub siin mitte niivõrd sekkumistena, kui nõustamistegevusena näiteks valgustuse parandamisega, libedate põrandate katmisega mittelibisevate katetega, olemasolevate vaipade alla libisemisvastaste mattide paigaldamisega, kirjeldavad arvukad uuringud (Marquardt jt 2011; Söderhamn jt, 2014; Gitilin jt 2014; Soilemezi jt, 2017; How to make...2018; About dementia...2020).

Fukuda jt, 2015; Hung jt, 2017; Pinkert jt, 2018 on jõudnud arvamusele, et akuutravihaiglas on olulisem keskkonna muutmisest õenduspersonali koolitamine. See muutub järjest olulisemaks, kuna DS patsientide vanus tõuseb ja nende viibimine akuutravihaiglas krooniliste ja ka ägedate haiguste tõttu pikeneb. Patsientide prima õendusabi andmiseks on vajalik väga kompleksne lähenemine akuutravi osakonna probleemidele, väidavad paljud uuringud (Connolly ja O'Shea 2013; Clissett jt, 2013) .

Ettepanekud:

1. Autor tutvustab oma tööd osakonna kolleegidele
2. Toetudes uurimustulemustele teeb töö autor oma töökohas ettepanekud patsiendikekse õendusabi korraldamiseks seoses füüsilise keskkonnaga.

JÄRELDUSED

Olles läbi töötanud kirjandusallikad, võib järeldada, et

1. Füüsilise keskkonnaga seotud probleemid, mis on seotud õendusabi osutamisega erinevas raskusastmes dementsusega patsientidele esinevad kõigis õendusabi osutavates keskkondades: aktiivravihaiglas, hooldusasutuses ja kodus. Erinevused seisnevad füüsilise keskkonna muutmise võimalustes. Aktiivravihaiglas on suurimaks segavaks teguriks tegevuste domineerimine, mis on tingitud vajadusest raviprotseduure läbi viia. Ka on segadusttekitavad väikesed distantsid palatis, harjumatu müra ja ebapiisav valgustus. Probleeme tekitab personali ebakompetentsus suhtlemisel dementsete patsientidega. Hooldusasutuses on eelkõige probleemiks patsientide arvukus asutuses. Kodus on harjunud interjööri tihti probleemiks mitmesugused kodumasinad, uksepiidad, põrandad, mööbliesemed.
2. Õendusabi võimalused füüsilise keskkonna DS patsientidele sõbralikumaks muutmisel ei ole aktiivravihaiglate osakondades väga suured, aga ka seal on võimalik näiteks panna koridoridesse käsipuud seintele ja palatite sildid võimalikult suurte tähtedega vormistada. Aktiivravihaiglate personali koolitamisel on väga oluline roll DS patsientide patsiendikeskse õendusabi osutamisele, eriti olukorras, kus patsientide vanuse suurenemisega suureneb vajadus aktiivravi järele, aga see omakorda pikendab patsientide haiglasviibimise aega. Hooldusasutused tuleb juba planeerimise faasis vastavalt patsientide diagnoosile kujundada. Patsientide kodusel hooldamisel on õendustöötajatel võimalik ohtudele füüsilises keskkonnas tähelepanu pöörata ja abistada lähedasi nende likvideerimisel, et võimaldada patsiendil kauem kodus viibida.

KASUTATUD KIRJANDUS

About dementia 2020 NHS

Anderiesen, H., Scherder, E.J.A., Goossens, R.H.M. (2014) A Systematic Review – Physical Activities In Dementia: The Influence Of The Nursing Home Environment Applied Ergonomics, 2014 - Elsevier

Bridges J, Wilkinson C. (2011) Achieving dignity for older people with dementia in hospital. *Nursing Standards*; 25(29):42–7 quiz 8.

Chaudhury, H. Ja Cooke, H. (2014). Design matters in dementia care: The role of the physical environment in dementia care settings. In M. Downs and B. Bowers (Eds.), *Excellence in dementia care* (2nd Edition) (pp. 144-158). UK: Open University Press Pages 587-597

Clissett, P., Porock, D., Harwood, R.H., Gladman, J. R. F. (2013) The challenges of achieving person-centred care in acute hospitals: A qualitative study of people with dementia and their families. *International Journal of Nursing Studies* Volume 50, Issue 11, November 2013, Pages 1495-1503

Connolly, S., O'Shea E. (2013) The impact of dementia on length of stay in acute hospitals in Ireland. *Dementia* published online 17 October DOI: 10.1177/1471301213506922

George, J., Long, S., Vincent, C. (2013) How can we keep patients with dementia safe in our acute hospitals? A review of challenges and solutions *Journal of the Royal Society of Medicine*; 106(9) 355–361

Hamiduzzaman, M., Kuot, A., Greenhill, J., Strivens, E., Isaac, V. (2020). Towards personalized care: factors associated with the quality of life of residents with dementia in Australian rural aged care homes. *PLoS ONE*, 15(5). DOI: e0233450 (01.11.2020).

Harsanyiöva, M. & Prokop, P. (2018). Living conditions, weight loss and cognitive decline among people with dementia. *Nursing Open*, 5(3). DOI: 10.1002/nop2.137 (02.11.2020).

Heinmets, H.-S., Rull, M., Varik, M., Tuur, M., Niilo, L., Bachmann, T., Sild, M. (2018) Hoolekandeesutuses dementsusega inimeste füüsilise keskkonna kohandamise ekspertanalüüs: Elu Dementsusega

How to make your home dementia friendly – NHS Health A to Z › Dementia guide. Page last reviewed 24 July 2018

Hung, L., Phinney, A., Habib, L., Chaudhury, H. jt. (2017) “Little Things Matter!” exploring the perspectives of patients with dementia about the hospital environment. *International Journal of Older People Nursing*. Volume 12, Issue 3.

Jakob, A., Collier, L. (2016) Sensory Enrichment for People Living with Dementia Increasing the Benefits of Multisensory Environments in Dementia Care Through Design pages 115-133, published online: 14 mar

Kok, J. S., Berg, I. J., Blankevoort, G. C. G., Scherder, E. J. A. (2017). Rest-activity rhythms in small scale homelike care and traditional care for residents with dementia. *BMC Geriatrics*, 17(137).

DOI: 10.1186/s12877-017-0525-1 (02.11.2020).

Kupeli, N., Leavey, G., Harrington, J., Lord, K., King, M., Nazareth, I., Moore, K., L. Sampson, E., Jones, L. (2018). What are the barriers to care integration for those at the advanced stages of dementia living in care homes in the UK? Health care professional perspective. *Dementia*, 17(2): 164.

Lee, K. H., Boltz, M., Lee, H., Algase, D. L. (2017). Is an engaging or soothing environment associated with the psychological well-being of people with dementia in long-term care? *Journal of Nursing Scholarship*, 49(2):.

DOI: 10.1111/jnu.12263 (02.11.2020).

Lillo-Crespo, M., Riquelme, J., Macrae, R., De Abreu, W., Hanson, E., Holmerova, I., Cabanero, M. J., Ferrer, R., Tolson, D. (2018). Experiences of advanced dementia care in seven European countries: implications for educating the workforce. *Global Health Action*, 11.

DOI: 10.1080/16549716.2018.1478686 (01.11.2020).

Marquardt, G., Bueter, K., Motzek, T. (2014). Impact of the design of the built environment on people with dementia: an evidence-based review. *Health Environment Research & Design Journal*, 8(1): 127157.

DOI: 10.1177/193758671400800111 (03.11.2020).

Johnston, D., Black, B.S., Morrison, A., Rosenblatt, A., Lyketsos, Marquardt, C. G. (2011). Descriptive Study of Home Modifications for People With Dementia and Barriers to Implementation. *Journal Of Housing For The Elderly* . Pages 258-273. Volume 25,

Morgan-Brown, M., Newton, R., Ormerod, M. (2013). Engaging life in two Irish nursing home units for people with dementia: quantitative comparisons before and after implementing household environments. *Aging & Mental Health*, 17(1): 5 65.

DOI: 10.1080/136078632012.717250 (03.11.2020).

Nordin, S., McKee, K., Wallinder, M., von Koch, L., Wijk, H., Elf, M. (2017). The physical environment, activity and interaction in residential care facilities for older people: a comparative case study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31: 727 - 738.

Pinkert, C., Faul, E., Saxer,S., Burgstaller, M. (2018) Experiences of nurses with the care of patients with dementia in acute hospitals: A secondary analysis *Clinical Nursing*, 162 – 172 ,Volume 27, Issue1-2

PKH1: Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikud diagnoosi, soo ja vanuserühma järgi. (2020). Tervise Arengu Instituut.

<https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas> (01.11.2020).

Røsvik,J., & Mork Rokstad, A.M.(2020) What are the needs of people with dementia in acute hospital settings, and what interventions are made to meet these needs? A systematic integrative review of the literature *BMC Health Services Research* volume 20, Article number: 723

Soilemezi, D., Drahota, A., Crossland, J.(2017) The Role of the Home Environment in Dementia Care and Support: Systematic Review Of Qualitative Research. *Dementia* volume 18 issue 4 1237 – 1272

Söderhamn, U., Aasgaard, L., Landmark, B. (2014). Attending an activity center: positive experiences of a group of home-dwelling persons with early-stage dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 10(9): 1923.

LISA

Infootsingute raport

Andmebaas	Piirangud	Otsingusõnd	Leitud allikate arv	Läbi töötatud allikate arv	Kasutatud allikate arv
EBSCOHost: Health Source: Nursing/Academic edition; Academic search complete; MEDLINE	Scholarly (peer reviewed) journals; 2010-2020; Linked full text; Abstract available, English language; PDF full text	Dementia AND nursing AND physical environment	20	7	5
PubMed	In the last 10 years; abstract; free full text; english; MEDLINE; nursing journals	Dementia AND living environment AND nursing	140	35	7
Google SCHOLAR	Peer reviewed journals; 2011-2021; Abstract available, English language; PDF full text	Dementia AND nursing AND physical environment AND home Dementia patient AND acute hospital AND nursing	470	31	16