

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO



Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Õe õppekava

Janete Aas

**ÕENDUSABI ALZHEIMERI TÕVE DIAGNOOSIGA PATSIENDI PUHUL NING  
PATSIENDI JA TEMA LÄHEDASTE TOIMETULEK JA ELUKVALITEET**

Lõputöö

Tallinn 2024

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

Janete Aas

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

## KOKKUVÕTE

Janete Aas (2023). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetöö. Õendusabi Alzheimeri tõve diagnoosiga patsiendi puhul ning patsiendi ja tema lähedaste toimetulek ja elukvaliteet. Lõputöö koosneb 22 leheküljest. Lõputöös on kasutatud 25 kirjandusallikat, nendest 10 on õendusteaduslikud.

Käesolev lõputöö on kirjanduse ülevaade. Kirjandusallikad olid otsitud lähtuvalt teemast ning püstitatud uurimusülesannetest. Uuritava materjali otsimisel olid kriteeriumiteks: teemakohasus, tõenduspõhisus, eelretsenseeritus ja usaldusväärsus. Piiranguteks olid kirjandusallikad alates 2013 kuni 2023 ja täisteksti olemasolu.

Lõputöö eesmärk on kirjeldada õendusabi Alzheimeri tõve diagnoosiga patsiendi puhul ja ülevaadet patsiendi ja tema lähedaste toimetulekust ja elukvaliteedist.

Lõputöös läbi töötatud materjalide analüüsimisel jõuti järgmistele järeldustele:

Alzheimeri tõve diagnoos muudab drastiliselt nii patsiendi, kui ka tema lähedaste elukvaliteeti. Ristlõike küsitlused annavad hea ülevaate, millised muutused mõjutavad elukvaliteeti kõige rohkem. Ning tihtipeale on lõppstaadiumis suuremaks kannatajaks lähedane või patsiendi hooldaja. Hooldajad oskavad väga hästi määratleda raskeid kohti ja nende enda koormust. Olenevalt haiguse kulust ning sümptomitest on patsiendi ja lähedaste koormus ja olukorraga toimetulek seotud palju emotsionaalse pingega ning kurnatusega, mida haigusega tegelemine endaga kaasa toob.

Teaduspõhise õendusabi osutamisel on väga palju võimalik säilitada ja parandada patsiendi elukvaliteeti. Selleks on vaja aga positiivset õdede hoiakut teatud haiguse suhtes ja enesekindlust, mida annab teaduspõhised ja täieulatuslikud teadmised Alzheimeri tõve diagnoosist, selle etioloogiast, sümptomitest jne. Õendusabi osutamine Alzheimeri tõvega patsiendile ja tema lähedastele on seotud eelkõige patsiendiõpetusega, kuhu kaasatakse kindlasti patsient, kui ka lähedane või hooldaja. Eelkõige mittefarmakoloogilised ja pigem elustiili ning elamistoimingutega seotud õendussekkumised aitavad parandada patsiendi ja tema lähedaste elukvaliteeti ning vähendada pereliikmete koormust.

**Töö võtmesõnadeks on:** Alzheimeri tõbi, õendussekkumised, õendus, elukvaliteet, teraapia, dementsus

## SUMMARY

Janete Aas (2023). Tallinn Health Care College, Nursing Studies. Nursing care for patient diagnosed with Alzheimer's disease and the coping and quality of life for the patient and their caregivers. The thesis consists of 22 page. The thesis is used 25 literary sources and 10 of them are nursing science.

This thesis is a review of the literature. Literary sources were searched based on the topic and the research tasks set. The criteria for searching the material for this thesis were: relevance, evidence-based and reliability. The restrictions were literary sources from 2013 to 2023 year and the existence of full text.

The thesis aims to describe nursing care for patient who is diagnosed with Alzheimers disease and an overview of the coping and quality of life of the patient and their caregivers. Analyzing the materials worked through in this thesis, the following conclusions were reached:

The diagnosis of Alzheimer's disease drastically changes the quality of life for both the patient and their caregivers. Cross-sectional studies provide a good overview of which changes affect the quality of life the most. Often at the end stage of the disease suffers more the caregiver than patient itself. Caregivers are very good at defining difficult places and their own burden. Depending on the course of the disease and the symptoms, the burden and coping with the situation for the patient and loved ones is associated with a lot of emotional tension and exhaustion of dealing with the disease.

By providing the right nursing care, it is very much possible to maintain and improve the quality of life for the patient. However, this requires the right attitude from nurses towards a certain disease and self-confidence, which is provided by correct and full-fledged knowledge of the diagnosis of Alzheimer's disease, its etiology, symptoms etc. The provision of nursing care to patients with Alzheimer's disease and their loved ones is mainly patient education and upgrade their knowledge about the situation, both the patient and loved ones should be involved. In particular, non-pharmacological and lifestyle and residential nursing interventions help to improve the quality of life of the patient and his/her relatives, also reduce the burden of the family members.

**The key words of the thesis are:** Alzheimer's disease, nursing interventions, quality of life, therapy, dementia

## SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SISSEJUHATUS.....	6
1. UURIMISTÖÖ METOODIKA .....	10
2. ELUKVALITEEDI SÄILITAMINE ALZHEIMERI TÕVEGA PATSIENDI JA NENDE LÄHEDASTE PUHUL .....	11
3. ÕENDUSSEKKUMISED ALZHEIMERI TÕVEGA PATSIENDI TERVISEPROBLEEMIDEGA KÄSITLEMISEL ELUKVALITEEDI PARANDAMISEKS 13	
4. ARUTELU.....	16
JÄRELDUSED.....	18
KASUTATUD KIRJANDUS .....	19
LISAD:	
Lisa 1. Alzheimeri tõve diagnoosi esmashaigusjuhud soo ja vanuserühma järgi	

## SISSEJUHATUS

Enamus inimesed on elu jooksul kogenud, et nende mälu on kehvem, tähelepanu võime ei ole nii hea ja keskendumisvõime võiks olla parem. Tihti on see ajutine ja mööduv nähtus, mis on tekkinud liigse stressi, ärevuse, depressiooni või häiritud unemustriga. Vanemas eas inimesed kipuvad rohkem unustama, mis võib seotud olla loomuliku vananemisega või algava tervisehäirega. Üldjuhtudel ei põhjusta vanusega kaasnev muutus igapäeva toimingutes olulisi probleeme. Kui aga unustamine ja suuremad mälulüngad hakkavad segama inimese igapäevaelu ning ta ei saa igapäeva toimetustega hakkama ja vajab kõrvalist abi, siis võib tegemist olla dementsusega. Dementsusel on väga erinevaid põhjuseid aga neist kõige sagedasem on Alzheimeri tõbi (edaspidi AT), mis moodustab üle poolte kõigist sündroomi juhtudest. (Krikmann et al., 2018: 5-6).

AT on krooniline neurodegeneratiivne häire, millel on astmeliselt progresseeruvad kognitiivsed ja funktsionaalsed puudujäägid ning käitumuslikud muutused (Apostolova. G, 2016: 419). AT puhul kujunevad peaaegu iseloomulikud muutused- neurofibrillaarsed ja amüloidnaastud. Algselt tekivad need muutused aju arenguliselt vanimates osades ja struktuuris nimega hipokampus (*hippocampus*). Hipokampus on üks tähtsamaid komponente selgroogsete ajus. See kuulub aju limbilisse süsteemi, mis on seotud ruumitaju, emotsioonide ja informatsiooni salvestamisega lühiajalisest mälust pikaajalisse mällu. Aegapidi levivad muutused ka teistesse aju osadesse, näiteks ajukoorde. Ajukoor on aju välimine rakkudekiht, mille ülesanne on: kõnelemine, arutlemine, otsustamine, järelduste tegemine ning tegutsemine. Aju osad, mis on kahjustatud Alzheimeri tõve poolt, seal hävivad närvirakud ja rakkudevahelised ühendused ehk sünapsid. Sünapsid on rakkudevahelised ühendused, mis vahendavad omavahel infot ja annavad edasi ajult tulnud signaale vajatud punktidesse nagu näiteks: reageerimine, käte motoorika, valule reageerimine jne (Südhof, 2021: 1). Lisaks eelnimetatud muutustele või nende muutuste tagajärjel tekib ajus mõnede keemiliste ainete puudulikkus. AT patsientidel on leitud närvisüsteemi virgatsaine ehk neurotransmitterite, eriti atsetüülkoliini defitsiit. Atsetüülkoliin mängib väga tähtsat rolli mälu ning kõrgema närvitegevuse eest vastutavates protsessides. Alzheimeri tõve puhul on ajus vähem ka teisi virgatsaineid, nagu serotoniin ja noradrenaliin. Nende virgatsainete vähenemisel võivad tekkida ärevus, unehäired, agressiivset käitumist ning tähelepanu kontsentreerimise raskusi. (Varik & Linnamägi, 2020: 5-6).

AT diagnoos mitte ainult ei mõjuta patsienti, vaid kogu tema perekonda või patsienti toetavaid hooldajaid. Arusaamine ja teadmised Alzheimeri tõve: etioloogiast, iseloomust, avaldumisest ja sellega toime tulemisest on tähtis. Nimetatud teadmised on äärmiselt oluline selgeks teha nii patsiendile, kui ka pereliikmetele või hooldajatele, et säiliks võimalikult kaua patsiendi ja tema lähedaste elukvaliteet. Kognitiivsed häired tuleb haigusprotsessis diagnoosida võimalikult vara. Teadmiste väärtus haiguse varajases staadiumis annab patsiendile ja lähedastele eelise tulevikku planeerida. Patsiendil on rohkem võimalusi osaleda otsuste tegemisel nagu: praeguse ja tulevase elukorralduse üle, isikliku finants- ja õigusküsimuste kohta. (Grabher, 2018: 335). AT pikaajalise progresseeruva olemuse tõttu vajavad need patsiendid hooldajaid, kes aktsepteeriks pikas perspektiivis oma hooldusvastutust, mis võib põhjustada selliste väljakutsete esinemist nagu: füüsiline, emotsionaalne ja vaimne väsimus. Uuringud on näidanud, et hooldajad kannatavad depressiooni, stressi ja vaimse surve all. AT patsientide hooldamisest tulenevad väljakutsed on nii rasked, et perehooldajaid nimetatakse nähtamatuteks sekundaarseteks patsientideks. (Ashrafizadeh et al., 2021: 3).

Hooldaja eesmärk on muuta oma elu koos pereliikmega, kellel on AT diagnoos kergemini talutavaks. Haigestunule on kõige sobivam keskkond, mis on talle tuttav ja muutumatu ning väljakujunenud rutiinne päevakava. Patsient peaks kasutama tegevuses ära maksimaalselt oma allesjäänud oskuseid. Normaalne tegevus aitab säilitada patsiendi eneseväärikust, mis aitab säilitada nii patsiendi, kui ka lähedaste elukvaliteeti. Väga tähtis on suhtlemisel jälgida selliseid asju nagu: hääletooni, rääkimise kiirust, sõnastuse raskust, näoilmeid, kehakeelt, silmsidet, kõneviisis lauseid ja nii edasi. Kindlasti ei tohiks hakata mitteamisusele vaidlema, häält tõstma või käskival toonil rääkima. Selline reaktsioon võib põhjustada patsientidel endasse tõmbumist ja agressiivsust. (Varik & Linnamägi, 2020: 15).

Tõhus õendusabi ja korrektsed õendussekkumised on AT patsientide juhtimisel ja ravimisel äärmiselt olulised. Funktsionaalsete ja kognitiivsete võimete progresseeruv ja tõsine halvenemine põhjustab häirivat ja ebaadekvaatset käitumist, mis võib olla kahjulik patsiendile endale. AT diagnoosiga seotud kognitiivsed ja käitumuslikud muutused nõuavad patsiendi heaolu ja ohutuse tagamiseks spetsiifilist õendusabi sekkumisi. Tõsisemad kognitiivsed puudujäägid arenevad teises faasis (problemaatiline Alzheimeri tõbi). Selles faasis on suur tõenäosus, et patsiendil esineb nii afaasia ja agnoosia korraga. Õendussekkumised võivad olla väga efektiivsed AT patsiendi aitamises, kuidas kognitiivsete probleemidega toime tulla. Veel olulisemad on õendussekkumised, mis aitavad patsiendil säilitada tema praeguseid

kognitiivseid ja funktsionaalseid võimeid, et säilitada patsiendi elukvaliteeti ning saada hakkama oma igapäevategevustega võimalikult iseseisvalt. (Isaacson et al., 2018: 1665).

**Uurimustöö probleemiks** on AT põdevate inimeste hulga suurenemine, mis on tingitud elanikkonna vananemisest. Dementsus on krooniline haigus, mis nõuab nii meditsiinilisi, kui ka sotsiaalteenuseid, et pakkuda kvaliteetset ravi tüsistuste vältimiseks. Praktikas esinevate ajapiirangute, süsteempõhiste lähenemisviiside puudumise ja kogukonnapõhiste organisatsioonide halva integratsiooni tõttu on dementsuse ravi kvaliteet halb võrreldes teiste eakaid mõjutavate haigustega. (Gkioka et al., 2020:1). Tervishoius töötavatel õdedel on puudulikud teadmised dementsusest ja negatiivne hoiak selle suhtes. Erinevad uuringud on näidanud, et tihti ollakse ebakindlad sellise patsiendi eest hoolitsedes. Uuringud on ka näidanud, et vajalikud teadmised AT ja dementsuse kohta suurendab töötajate pädevust ja rahulolu tööga, vähendab stressi ja parandab töökvaliteeti. Korralik ja järjepidev väljaõpe ning koolitused on näidanud edusamme. AT ja dementsusega patsientide hoolduskvaliteedis, mis parandab patsiendi elukvaliteeti, vähendades hospitaliseerimist ja vältides traumasi, mis nõuavad erakorralise meditsiini sekkumist. (Ayisi-Boateng et al., 2022: 2-6)

Tervisearengu instituudi kodulehel leitud statistika järgi võib öelda, et AT diagnoos on tõusuteel. Viimastel aastatel ei ole statistikat uuendatud, kuid 1998.aastal diagnoositi esma haigusjuhuna AT 10-l inimesel, kus võrdselt viis olid naised ja teine viis mehed. Nüüdseks on AT olnud märkimisväärselt tõusutrendis ja suurel määral naiste seas. Näiteks 2015.aastal diagnoositi AT kokku 106-l inimesel, sealhulgas 69 naised ja 37 mehed. Võib julgelt öelda, et esma haigusjuhtude arv on tõusnud kümme korda. Kõige suurem haigestumus naiste seas on vanuses 75-85aastased. (vt Lisa 1).

Uurimustöö **eesmärk** on kirjeldada õendusabi Alzheimer'i diagnoosiga patsientide puhul ning kuidas parandada või säilitada patsiendi ja tema lähedaste elukvaliteeti.

Eesmärgist lähtuvalt on püstitatud järgmised **uurimusülesanded**:

- 1) Kirjeldada Alzheimeri tõve olemust ja sellega kaasnevaid probleeme ning haigusest tulenevaid elukvaliteedi muutuseid.
- 2) Kirjeldada õendusabi, kuidas saab asjakohaste õendussekkumistega säilitada patsiendi võimeid igapäevatoimetustes ja säilitada nende elukvaliteet.



Uurimustöö **kesksed mõisted** on:

**Alzheimeri tõbi** (*Alzheimer's disease*)- on närvisüsteemi krooniline haigus. Haigus põhjustab aeglast närvirakkude kahjustumist ja aju kärbumist. Haiguse tõttu halvenevad järk-järgult mälu ja vaimsed võimed ning igapäevaste tegevustega toimetulek. (Krikmann et al., 2018:5).

**Afaasia** (*aphasia*)- ehk kõnehäire on oskamatus kasutada kõnet või sellest aru saada. Raskusi on sobivate sõnade leidmisega ja enese mõistetavaks tegemisega. Selliseid haiged ei pruugi mõista neile antud korraldust. Afaasiahaiged ei suuda öelda, mida nad soovivad või vajavad. Selle tagajärjeks võib olla ärritatud ja häiritud olek. Nad ei suuda vestlust jälgida ning jäävad sellest kõrvale. Raskusi on ka õigete suhtlemislaadi tajumisega või naljade mõistmisega. (Varik & Linnamägi, 2020: 7).

**Agnoosia** (*agnosia*)- tähendab suutmatust ära tunda oma asju või lähedasi isikuid. Võidakse mitte ära tunda oma hooldajat ja muutuda hirmunuks, ettearvamatuks ning talle ei alluta. Kuna ei tunta oma kodu enam ära, siis püütakse põgeneda. Ei tunta ära enda ees olevaid asju ning seetõttu otsitakse neid pidevalt. (Varik & Linnamägi, 2020: 7).

**Hooldaja** (*caregiver*)- patsiendi lähedane või muu patsiendi heaolu eest vastutav inimene. (Krikmann et al., 2018:7).

## 1. UURIMISTÖÖ METOODIKA

Käesolev lõputöö on kirjanduse ülevaade, kasutades eelnevalt avaldatud kirjandust ning tehakse materjalide põhjal analüütiline kokkuvõte, lähtuvalt uurimisprobleemist. Kirjanduse ülevaade on terviklik kokkuvõte varasemates uuringutes ja käsitlustest valitud teema kohta. Tegu on loogilise tekstiga, mis annab ülevaate mis ja kuidas on varasemalt uuritud, mida on teada saadud ning mida peaks veel uurima. (Cooper et al., 2018: 1-2). Kirjandusallikate valimise kriteeriumiteks seati teaduspõhisus, ilmumisaasta, täies mahus teksti olemasolu, eelretsenseeritus ja teemakohasus. Otsiti eesti- ja inglisekeelseid kirjandusallikaid. Kirjandusallikate otsingule järgnes kirjandusega tutvumine ning sobivate materjalide selekteerimine. Kirjanduse ülevaate eesmärgiks on näidata, kuidas ja millisest aspektist on varem teemat uuritud ning kuidas on käesolev uurimus seotud olemasolevate uurimustega. Kirjanduse ülevaade keskendub kirjandusele, mis on uurimisprobleemi jaoks olulised nagu: ajakirjade artiklid, patsiendijuhendid ja uurimisaranded.

Uurimistöo projekti koostamisel töötati läbi 40 allikat, millest valiti 25 sobivat, mis vastasid otsingu kriteeriumitele. Kasutatud allikatest 22 oli inglisekeelseid ja 3 eestikeelseid. Kirjandusallikate ilmumisaasta on vahemikus 2013-2023.

Kirjandusallikate ja teadusartiklite leidmiseks kasutati andmebaase *EBSCOhost*, *ScienceDirect*, *PubMed*, e- kataloogi *ESTER*, Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli raamatukogu kataloogisüsteemi *RIXWEB*, *Google Scholar* ja *Google* otsingumootoreid. Otsimisel kasutati järgnevaid eesti- ja inglisekeelseid otsingusõnu: Alzheimeri tõbi (*Alzheimer's*), õendussekkumised (*nursing interventions*), hooldajate elukvaliteet (*caregivers life quality*), dementsus (*dementia*), õendusabi (*nursing*), nõustamine (*advice*), teraapia (*therapy*) ja nendest koostatud sõnakombinatsioone.

Kirjanduse ülevaate projekti usaldusväärsuse tagavad töös kasutatud tõenduspõhiseid kirjandusallikaid. Töö koostamiseks on välja selekteeritud uurimisteedega seotud kirjandus, mis on viimase kümne aasta jooksul ilmunud. Tekst on korrektselt refereeritud ning autoritele on viidatud. Kõik kirjandusallikad on kasutatud kirjanduse loetelus välja toodud. Uurimustöö projekti kirjutamisel on lähtutud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli kirjalike tööde koostamise ja vormistamise juhendist. Uurimustöö projektis ei esine plagiaati.

## 2. ELUKVALITEEDI SÄILITAMINE ALZHEIMERI TÕVEGA PATSIENDI JA NENDE LÄHEDASTE PUHUL

Kognitiivsete kahjustuste aste AT-ga avaldab dramaatilist mõju patsiendi soovidele ja võimetele erinevates tegevustes osaleda. Varem nautinud ajaviidetest ja hobidest loobumine või nendega enam mitte toime tulemine võib patsientidele olla vähem murettekitav, kui perehooldajatele. Nemad täheldavad seda käitumise muutust rohkem, kui patsient ise. AT on perekondlik diagnoos ja elukvaliteet on esmase perehooldaja jaoks sama problemaatiline, kui patsiendi enda jaoks. Isegi, kui on olemas tugev teraapia ja aktiivne toimetulek kaasnevate kognitiivsete muutustega, võib igapäeva muutused võtta emotsionaalse löivu ja mõjutada nende elukvaliteeti. Hooldaja hooldus on sama oluline, kui patsiendi eest hoolitsemine. Patsiendi ja hooldaja elukvaliteeti mõjutavad ka mitteseotud kultuur ja keskkonnategurid nagu: perekonna koosseis, elukoha füüsilised mugavused või väljakutsed, perekonna rahaline seis ja teiste pereliikmete tervis. (Area-Gomez & Schon, 2017: 152).

Barbe jt (2018) uuringus hinnati QoL-AD (*Quality of life- Alzheimers Disease*) instrumendiga mõõdetud erinevate QoL-skooridega tegureid, uuring hõlmas: patsiendi skoori, hooldaja skoori ja üldskoori. Uuringu autorid jõudsid järeldustele, et depressioon ja polüfarmaatsia on kõige enam seotud QoL-AD skooriga. Kuigi polüfarmaatsial ühest definitsiooni ei ole, määratletakse polüfarmaatsiat enamasti viie või enama ravimi igapäevast tarvitamist (Sarv et al., 2016: 28). Depressioon on AT patsiendi puhul sage kaasuv haigus. Seetõttu rõhutavad uuringu tulemused depressioonisümptomite tuvastamise ja ravimise tähtsust AT patsientidel. Depressiooni tuvastamine võib aga olla keeruline, kuna kindlat depressiivseid sümptomeid võib ekslikult pidada dementsuse sümptomiteks nagu apaatia või vähenenud energia. Seda tüüpi sümptomite puhul tuleks erilist tähelepanu pöörata nii tervishoiutöötajatel, kui ka lähedastel. (Barbe et al., 2018: 6).

Pereliikmed ja teised hooldajad patsiendi eest on äärmiselt olulised AT diagnoosiga patsientide puhul. Lähedased saavad ka mingis haiguse staadiumis enda õlule suuremate otsuste tegemise nagu näiteks: kuidas arveid maksta, milliseid riideid selga panna, milline on päevakava, millist sööki patsienti sööb, kas patsient on suuteline elama kodus või kasvab vajadus mõne hoolekande asutuse abile ja kuhu ning kuidas patsient liikuda võiks või saaks. Selline koormus on täiskohaga töö ja seetõttu muudab see paljuski isegi rohkem lähedaste elukvaliteeti. Tihtipeale jääb lähedaste enda elu pausile või ollakse vaimselt ääretult kurnatud seda koormat kandes, kuid enamasti juhtudel kasutatakse hoolekandeaasutuse varianti viimasena, sest

soovitakse pakkuda piisavalt kaua ikka täisväärilist elu oma keskkonnas ning palju sõltub lähedaste võimekusest seda pakkuda. (Harrison Denning et al., 2019: 408-411).

Yu jt (2015) artiklis viidi läbi ristlõikeuuring patsientide hooldajatest, kellel on diagnoositud AT. Uuringu jaoks valiti 200 mõõduka astmega AT diagnoosiga patsienti ja nende hooldajaid. Hooldajatel paluti esitada sotsiaal-demograafilised andmed, sealhulgas: vanus, sugu, suhe patsiendiga, haridustase ja patsiendiga nädalas toimuvate kontakttundide arv. Hooldaja koormust hinnati hooldajate koormuse inventuuri abil. Hooldajad viisid lõpule ka muud aspektid sealhulgas: hooldamise positiivsed küljed, perekonna kohanemine, partnerlus, kasv, kiindumus ja otsustavus ja sotsiaalse toetuse hindamisskaala. Hooldajad lõpetasid ka igapäevase elu ulatuse ja küsimustiku patsientide dementsuse käitumuslike ja psühholoogiliste sümptomite kohta. Uuringu kokkuvõttest selgus, et kognitiivse funktsiooni tase ja hooldamise tunnid olid otseselt seotud hooldaja koormusega. Sotsiaalne tugi, perefunktsioon ja hoolduskogemus võiksid vähendada hooldaja koormust ja stressi. (Yu et al., 2015: 1-13).

Tõhus õendusabi ja õendussekkumised on AT puhul äärmiselt olulised. Õendusabi ja sekkumised peavad tulenema individuaalselt olenevalt patsiendi järelejäänud võimetest ja tema kognitiivsest võimest. AT käitumuslikud ja psühholoogilised sümptomid on haiguse kõige tülikamad aspektid ja teevad õendussekkumised väga raskeks, et need oleks ka efektiivsed. Hea rutiini õpetamine ja õendussekkumiste teostamine on väga raskendatud, kui AT patsient võib olla depressioonis, pidurdatud käitumisega või agressiivne. Selliste sümptomite esmane käsitus peab olema mittefarmakoloogiline ja seda peab teostama hästi koolitatud personal. AT puhul on õendusprobleemideks elementaarsed igapäeva toimetused nagu: riidesse panemine, enda hügieeni hoidmine, söömine, füüsiline liigutamine, tualetis käimine ja palju muud. (Arguello & , Kali S. Thomas, 2017: 2-4).

### **3. ÕENDUSSEKKUMISED ALZHEIMERI TÕVEGA PATSIENDI TERVISEPROBLEEMIDEGA KÄSITLEMISEL ELUKVALITEEDI PARANDAMISEKS**

AT diagnoosiga patsientide juhtimine põhineb multidistsiplinaarsel lähenemisviisil, mis hõlmab: meditsiinilist, kognitiivset, psühholoogilist, sotsiaalset ja funktsionaalset lähenemist. Selle peamine eesmärk on säilitada patsiendi heaolu ja üldisemalt nende elukvaliteeti (*Quality of life- QoL*). (Barbe et al., 2018: 2). Praeguseks hetkeks ei ole võimalik dementsust ravida, seega mittefarmakoloogilised sekkumised nagu näiteks: füüsiline aktiivsus, motoorika säilitamine, rutiini pidamine, söögi tegemine, riietumine ja hügieeni hoidmine. Need on kõik tegevused, mida lähedased ja tervishoiutöötajad saavad oma sekkumistega mõjutada ja hoida, mis säilitab patsiendi elukvaliteeti ning hoides patsienti võimalikult kaua iseseisvana vähendab ka koormust lähedastele. (Kim et al., 2021: 4). AT ja sellega seotud dementsusega inimeste arvu suurenemine toob kaasa suurema vajaduse õdede järele, kellel on asjakohased teadmised AT diagnoosist ja on sellel alal hästi haritud. Seetõttu on oluline olla kindel, et seda teemat käsitletakse bakalauruseõppe õppekavas. (Laura et al., 2022: 102-103).

Geriaatrilist õendust peetakse väga keerukaks, kuna on vaja mõista vanusega seotud terviseseisundeid ning kuidas neile reageerida. Teadmiste omandamine, täiendamine ning rakendamine on vajalik praktikasse sisenemiseks ja bakalauruseõppe lõpetanud õdede jaoks, et pakkuda igakülgset hooldust ja õendusabi. Seega on hädavajalik, et tervishoiutöötajad säilitaks ja täiendaksid oma pädevust dementsuse vallas. (Boscart et al., 2019: 415). Arvestades, et enamik õdesid puutuvad tulevikus kokku dementsuse ja eakate ravimisega on äärmiselt oluline kasvatada õdede teadlikust selles vallas. Õed peavad suutma hinnata patsiendi võimeid ja vajadusi, nõudes neilt raviks vajalike teadmiste ja positiivsete hoiakute omandamist. (Strøm et al., 2019: 353).

Käitumuslikud sümptomid on haige jaoks peamine stressiallikas ning hospitaliseerimise käigus need tihti süvenevad. Tihti määratakse nende sümptomitega toimetulekuks antipsühhootikume, neid ravimeid seostatakse tõsiste ja ebasoodsate kõrvalmõjudega, mis on patsiendile vähese kasulikkusega. Näiteks ööseks rahustite andmine suurendab kukkumiste riski, kui patsiendil on vaja võõras keskkonnas tualetti kasutada. Kukkumine ei ole ainult haigusest tingitud probleem, tihti on põhjuseks ka keskkond. Õde peab kukkumisrisiki vähendamiseks jälgima patsiendi keskkonda, eemaldama esemed, mis on patsiendi jaoks ohtlikud. Äärmiselt oluline on voodipiirded ja õige voodi kõrgus, et patsiendi jalad ulatuksid maha. Kui patsient on liikumises

ebakindel, siis õde peab julgustama patsienti kasutama abivahendeid või õpetama, kuidas kasutada mööbli tuge. Jällegi, kui AT patsiendil on mäluhäired, siis on ühekordsest õpetusest vähe ja patsient vajab pidevat jälgimist. (Luzia et al., 2014: 632).

Henskens jt (2018) uuringus määrati kaheksakümmend seitse dementsusega hooldekodu elanikku AT diagnoosiga patsienti juhuslikult kolme kehalise aktiivsuse sekkumisele: igapäevaste elamistoimingute harjutused, mitme komponendiline treening või kombineeritud mitme komponendiline treening. Kehalise aktiivsuse eelised eakatel isikutel on hästi välja kujunenud. Sealhulgas eriti kognitiivsete funktsioonide nagu: tasakaalu, jõu, kõndimise vastupidavuse, meeleolu ja käitumisprobleemide paranemine. Füüsiline aktiivsus soodustab neurogeneesi ning suurendab aju mahtu ja verevoolu eesmistes ja ajalistes sagarates, samuti elustiili muutuste edendamine sümptomaatilises ja dementsuse eelses staadiumis võib aeglustada oluliselt haiguse kulgu ja progresseerumist (De la Rosa et al., 2020: 395). Uuringus autorid järeldasid, et füüsilise aktiivsusega seotud õendussekkumistel on väga efektiivne mõju mõõduka dementsuse puhul. Kui suudame selliste õendussekkumistega nagu: võimlemine, sirutamine ja jalutamine hoida AT patsiente igapäevaselt aktiivsetena, siis on ka suure tõenäosusega patsient kauem võimeline olema iseseisvalt liikumises. Teda on lihtsam riietada, pesta ja aidata muid elamistoiminguid teostada. Raskema astme puhul ei pruugi patsient olla isegi võimeline enam osalema. Füüsilist aktiivsust saavad õenduspersonal hõlpsasti rakendada ja see võimaldab pidevat liikumise stimuleerimist kogu päeva jooksul. Olgu siis liikumine suuremas mahus või hõlmab see lihtsalt iseseisvalt endaga toimetamist elamistoimingute piires. Uuringu tulemused rõhutavad õendustöötajate olulist rolli edasise puude ennetamisel iseseisvuse stimuleerimise kaudu. (Henskens et al., 2018: 61-74).

Olenemata kiiresti progresseeruvatest mäluhäiretest on uuritud, et AT diagnoosiga patsientidel on ka muusikaline mälu hästi säästetud, hoolimata mälu tõsistest puudujääkidest. AT patsiendid saavad õppida uusi laule, kodeerida uudset verbaalset teavet ja reageerida muusikale emotsionaalselt. Muusikateraapia on lihtsasti rakendatav ja enamiku patsientide ja hooldajate poolt hästi talutav. Uuringud on näidanud, et muusikateraapia hõlmab meeleolu paranemist, vähenenud depressiivseid episoodide, ärevuse vähenemist, verbaalse sujuvuse paranemist ja tunnetust. Muusika võib hõlbustada episoodiliste mälestuste meenutamist või nende endi identiteedi meenumist. Tervishoiutöötajatel ja lähedastel on igati soovitatav AT patsiendiga kaasa ümiseda või lasta kuulata neil muusikat. (Matziorinis & Koelsch, 2022: 11-14).

Hetkel ei ole ühist mudelit õdedele, kuidas käsitleda Alzheimeri tõve diagnoosiga patsienti. Mudeli koostamine oleks ka äärmiselt keeruline haiguse olemuse tõttu. Haiguse kulg ja sümptomite teke on individuaalselt väga erinev kõigi puhul. AT patsientidega tegeledes on suureks probleemiks, kuidas saada nad koostööd tegema. Suuremateks õendusprobleemideks on: vähene ja ebaregulaarne söömine, kuidas säilitada nende füüsiline aktiivsus, enda hügieeni hoidmine, tualetis käimine, toimetulek agressiivsete ja depressiivsete patsientidega. Nende probleemide puhul on vaja tõhusaid ja asjakohaseid õendussekkumisi nagu: kuidas õpetada patsiendile kindel rutiin, saada patsient endaga koostööd tegema, et tulla jalutama, kuidas neid julgustada ja õpetada tegema igapäevatoimetusi. Kõik õendussekkumised on iga patsiendi puhul erinevad, sest erinevad AT patsiendid reageerivad erinevatele lähenemisviisidele. Mõni patsient on nõus voodist püsti tõusma ja minna hambaid pesema, kui panna peale tema lemmik laul. Mõnda patsienti saab mänguliselt riidesse panna, kui lubada tema lemmik hommikusööki süüa peale seda ja nii edasi. Dementsuse arvu kiire kasv ning olemasolev ja kasvav esmatasandi arstide puudus on järgnevatel aastakümnetel paljude riikide tervishoiusüsteemide jaoks väljakutse, nõudes uusi ja uuenduslikke hooldusmudeleid. Õenduspraktika mudel, mis oleks kokku pandud erinevate tervishoiu professionaalide poolt parandaks kasvava dementsusega inimeste ravi ja hooldust. Üldine mudel või inforaamat erinevatest lähenemisviisidest AT diagnoosiga patsiendi puhul oleks suureks abiks nii tervishoiutöötajatele, kui ka lähedastele kes peavad AT diagnoosiga lähedase eest hoolt kandma. Eriti maapiirkondades, kus esmatasandi arstide ja spetsialistide juurdepääs on piiratud. Need mudelid võivad parandada elukvaliteeti ja patsiendi heaolu. (Kleinke et al., 2022: 2-4).

#### 4. ARUTELU

Käesoleva lõputöö eesmärgiks oli kirjeldada õendusabi Alzheimeri tõve diagnoosiga patsiendi puhul ning patsiendi ja tema lähedaste toimetulek ja elukvaliteet. Lõputöö on kirjutatud lähtuvalt autori isiklikust huvist, teema aktuaalsusest ja antud diagnoosi tõusust Eestis ja mujal maailmas. Ühiskond pidevalt vananeb, mistõttu kasvab ka AT diagnoosi saanute arv ning paljud lähedased on sellega seotud. Autori arvates vajaks teema laialdasemat käsitlust nii tervishoius kui ka väljaspool tervishoidu. Antud haiguse käsitlemisega tuleks põhjalikumalt tegeleda, töötada välja põhjalikemaid käsiraamatuid nii lähedastele, kui ta tervishoiutöötajatele. Autor ise on töötanud dementsete patsientidega, kellel on ka diagnoositud AT. Väheste teadmiste tõttu oli õendusabi puudulik vaimse ja sotsiaalse lähenemise poole pealt. Kuidas AT patsientidega suhelda, mis toonil rääkida, kuidas neile läheneda, kuidas reageerida agressiivsusele ja suunata neid. Autor tundis ka ise oma hoiaku muutust AT patsientide suhtes halva kogemuse ja teadmiste puudulikkuse tõttu.

Henskens jt (2018) uuringus leiti, et õigeaegsete ja asjakohaste õendussekkumistega, kas tervishoiupersonali või lähedasest hooldaja poolt võivad oluliselt aeglustada halvenemise teekonda, mis tuleneb haigusest. Hoides AT patsiendid rutiinis ja füüsiliselt aktiivsed võib oluliselt aeglustada haiguse protsessi. See tähendab, et selliste õendussekkumiste puhul nagu: endale toidu tegemine, riietumine, pesemine, tualeti kasutamine, jalutamas käimine, võimlemine ja nii edasi. Selliste õendussekkumistega vähendame oluliselt lähedaste ja tervishoiu personali koormust. Mida kauem on õigete sekkumistega patsient aktiivne ja säilitab oma oskusi, seda väiksem on ka koormus ning patsiendi elukvaliteet on tunduvalt parem. Tihti on probleemiks õendussekkumiste teostamine liiga hilja, kui patsiendile on kindlat rutiini juba raske sisse harjutada kognitiivse languse tõttu. (Henskens et al., 2018).

Samuti Barbe jt (2018) uuringus selgus selgelt, et elukvaliteeti oskavad hinnata nii patsient ise, kui ka lähedased. Koormust hinnati äärmiselt raskeks nii füüsiliselt, kui ka vaimselt. Kõige muret tekitavam koht on AT juures depressioonisümptomite avastamine, mis osutub keeruliseks kuna kattub palju AT sümptomitega. Raske on hoida patsient tegevuses, kui depressioon ja muud vaimsed probleemid takistavad. Patsiendil ja lähedastel on sellega raske toime tulla ja keerukas patsienti aidata. See omakorda tõstab hooldajate ja lähedaste koormust. Lähedastele on vaimselt väga raske vaadata oma lähedast kaotamas motivatsiooni teha enim meeldinud tegevusi ning samal ajal suureneb nende kohustus teha asju, mida patsient ise ei suuda. Raske on hoida AT patsiente aktiivsetena ja säilitada nende võimeid. (Barbe et al., 2018).



Samuti Yu jt (2015) ristlõikeuuringus selgus, et mida halvemad on patsiendi kognitiivsed võimed, seda suurem on hooldajate koormus ja neil on otsene seos. Sotsiaalne tugi ja hoolduskogemus, kuidas teostada õiges staadiumis õendussekkumisi, et säilitada patsiendi võimeid aitaks oluliselt kaasa koormuse vähenemisele ja stressitaseme langusele. (Yu et al., 2015).

Antud kirjanduse ülevaate põhjal võib järeldada, et õed suudavad palju mõjutada AT diagnoosi kulgu ja säilitada olemasolevaid kognitiivseid ja füüsilisi võimeid. Õed peavad kasutama isikukeskset hooldusviisi, mis tunnistab iga patsiendi individuaalsust. See hõlmab patsiendi eluloo, eelistuse ja ainulaadsete vajaduste mõistmist. Heade suhete edendamise saavad õed luua väga turvalise keskkonna, mis edendab patsiendi väärikust ja tekitab talle turvatunde. Teaduspõhised õendussekkumised annavad väga efektiivseid tulemusi, mis võivad parandada patsiendi enda elukvaliteeti ja heaolu ning samuti lähedaste oma. Lähedastel ja hooldajatel on koormus oluliselt väiksem, kui patsient on iseseisvam ja sisse harjutatud mingisse rutiini, mida patsient oskab teha osalisel juhendamisel. Selline haiguse käsitlemine aga nõuab põhjalikke teadmisi antud haigusest ja järjepidevat enesearendust ja täiendamist. Ühist mudelit, mille järgi töötada ja vastavaid sekkumisi teostada. Hetkel ei ole piisavalt uuringuid, kus oleks uuritud AT diagnoosi puhul rakendatavaid õendussekkumisi ja kui efektiivsed need on olnud, et saaks kokku panna ühise inforaamatu kõige efektiivsematest õendussekkumistest, mida tasub erinevate patsientide puhul proovida. Kindel on aga see, et õigete sekkumistega saame säilitada patsiendi olemasolevaid võimeid, mis hoiab patsienti kauem iseseisvana ja parandab nende elukvaliteeti ning vähendab lähedaste koormust.

## JÄRELDUSED

Uurimustulemuste põhjal saab teha järgmised järeldused:

- AT on keerukas ja kiiresti progresseeruv haigus, mille käsitlemine on äärmiselt keerukas ja nõuab mitmekülgset lähenemist. AT puhul kaotab patsient tasapisi oma võimeid teha igapäevatoimetusi. Muutuvad tema kognitiivsed võimed ja arusaam ümber toimuvast. AT diagnoosi saanud patsientide jaoks muutuvad kõik elementaarsed asjad järjest raskemaks, kuni ei ole neid enam meeles isegi teha ja olukord võib muutuda ohtlikuks. Patsiendi probleemiks on: asjade ära tundmine, rääkimise unustamine, asjade mitte ära tundmine, meeleolu muutused, oskus riidesse panna, kuidas tualetis käia, kuidas endale sööki valmistada ja unustavad oma keskkonna. Tihti AT diagnoosiga patsiendid ei tunne enam ära oma kodu ja proovivad sealt põgeneda, mis paneb neid ennast äärmiselt ohtlikkusse olukorda. On väga oluline tõsta inimeste ja tervishoiutöötajate teadmisi antud haiguse suhtes. Õdedel kipub olema negatiivne hoiak sellise diagnoosiga patsientide käsitlemise osas. Hetkel ei ole kindlat mudelit ega õdedele konkreetseid juhiseid antud haigusega ja sellega kaasnevate probleemide lahendamiseks, mis säilitaks patsiendi olemasolevaid kognitiivseid võimeid ja elukvaliteeti. Väga raske on teostada õigeid õendussekkumisi, kui patsient on väga halvasti koostöövõimeline.
- Lähedased ja tervishoiutöötajad saavad palju mõjutada enda ja patsiendi elukvaliteeti. Lähedaste kaasamine ja nende teadlikkuse tõstmine raviprotsessis on äärmiselt oluline. AT patsientide puhul on palju mittefarmakoloogilisi sekkumisviise, kuidas säilitada patsiendi võimeid oma elamistoimingutega hakkama saamiseks. Aktiivsuse ja rutiini säilitamine on antud haiguse puhul äärmiselt oluline. AT diagnoosiga patsiendi puhul on õendusabi osutades väga oluline jääda rahulikuks ja läheneda igale patsiendile õige külje alt. AT patsiendid on väga ettearvamatud. Kindlasti õendussekkumiste puhul tuleb rääkida rahulikult ja häält tõstmata. Tihti võib sekkumised muuta mänguliseks, et saavutada eesmärk. Näiteks, kui on vaja AT patsienti pesta, mida ta ei soovi teha, siis kaval on muuta olukord mänguliseks olenevalt mis antud patsiendile meeldib, näiteks valida endale uued riided selga peale pesemist. Samuti saab näiteks AT patsiendi kõndima viia, kui panna peale tema lemmik muusika. Õe teaduspõhised sekkumised on oluliseks aluseks patsiendi elukvaliteeti säilitamiseks ja hooldajate ning lähedaste koormuse vähendamiseks.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Apostolova, G. L. (2016). *Alzheimer Disease*.

Ashrafizadeh, H., Gheibizadeh, M., Rassouli, M., Hajibabae, F., & Rostami, S. (2021). Explain the Experience of Family Caregivers Regarding Care of Alzheimer's Patients: A Qualitative Study. In *Frontiers in Psychology* (Vol. 12). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.699959>

Area-Gomez, E., & Schon, E. A. (2017). Alzheimer disease. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 997(1), 149–156. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-4567-7\\_11](https://doi.org/10.1007/978-981-10-4567-7_11)

Arguello, D., & , Kali S. Thomas, P. D. H. B. L. M. M. G. E.-L. M. (2017). HHS Public Access. *Physiology & Behavior*, 176(1), 139–148. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1268.Alzheimer>

Ayisi-Boateng, N. K., Sarfo, F. S., Opoku, D. A., Nakua, E. K., Konadu, E., Tawiah, P., Owusu-Antwi, R., Essuman, A., Barnie, B., Mock, C., & Donkor, P. (2022). Educational intervention to enhance the knowledge of Ghanaian health workers on Alzheimer's disease and related dementias. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 14(1), 1–7. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v14i1.3448>

Barbe, C., Jolly, D., Morrone, I., Wolak-Thierry, A., Dramé, M., Novella, J. L., & Mahmoudi, R. (2018). Factors associated with quality of life in patients with Alzheimer's disease. *BMC Geriatrics*, 18(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0855-7>

Boscart, V. M., McNeill, S., & Grinspun, D. (2019). Dementia Care in Canada: Nursing Recommendations. *Canadian Journal on Aging*, 38(3), 407–418. <https://doi.org/10.1017/S071498081800065X>

Cooper, C., Booth, A., Varley-Campbell, J., Britten, N., & Garside, R. (2018). Defining the process to literature searching in systematic reviews: A literature review of guidance and supporting studies. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0545-3>

De la Rosa, A., Olasso-Gonzalez, G., Arc-Chagnaud, C., Millan, F., Salvador-Pascual, A., García-Lucerga, C., Blasco-Lafarga, C., Garcia-Dominguez, E., Carretero, A., Correas, A. G., Viña, J., & Gomez-Cabrera, M. C. (2020). Physical exercise in the prevention and treatment of Alzheimer's disease. *Journal of Sport and Health Science*, 9(5), 394–404. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2020.01.004>

Gkioka, M., Teichmann, B., Moraitou, D., Papagiannopoulos, S., & Tsolaki, M. (2020). Effects of a person centered dementia training program in greek hospital staff—implementation and evaluation. In *Brain Sciences* (Vol. 10, Issue 12, pp. 1–24). <https://doi.org/10.3390/brainsci10120976>

Grabher, B. J. (2018). Effects of Alzheimer disease on patients and their family. In *Journal of Nuclear Medicine Technology* (Vol. 46, Issue 4, pp. 335–340). <https://doi.org/10.2967/jnmt.118.218057>

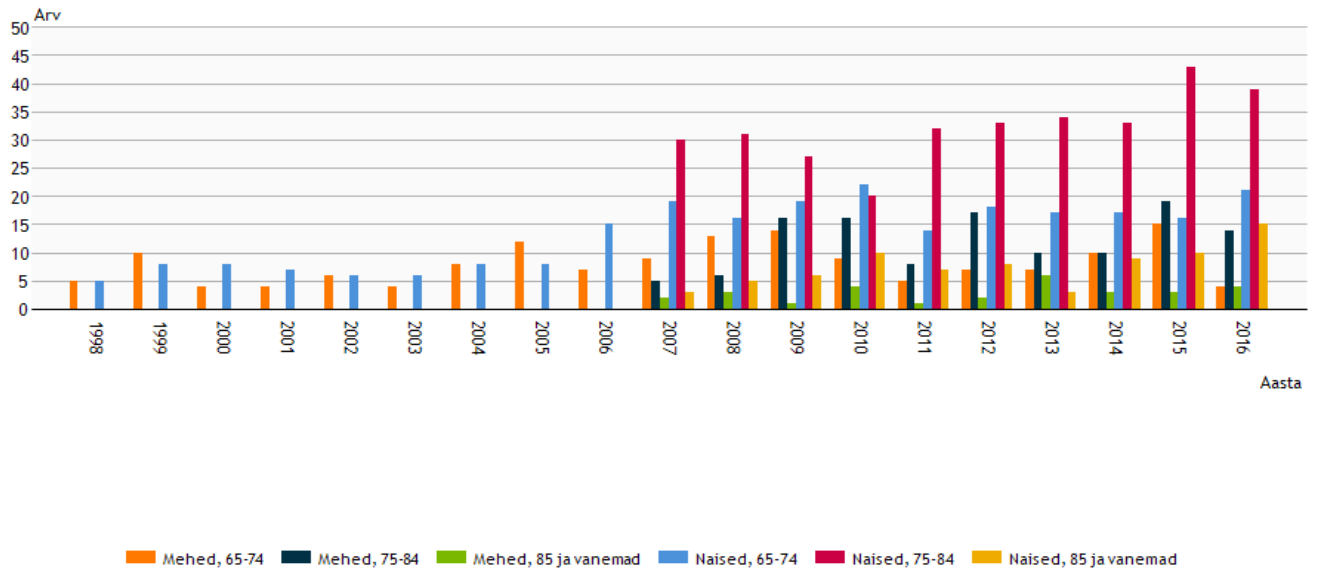
- Harrison Dening, K., Sampson, E. L., & De Vries, K. (2019). Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals. *Palliative Care and Social Practice*, *12*, 1–17. <https://doi.org/10.1177/1178224219826579>
- Henskens, M., Nauta, I. M., Van Eekeren, M. C. A., & Scherder, E. J. A. (2018). Effects of Physical Activity in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *46*(1–2), 60–80. <https://doi.org/10.1159/000491818>
- Isaacson, R. S., Ganzer, C. A., Hristov, H., Hackett, K., Caesar, E., Cohen, R., Kachko, R., Meléndez-Cabrero, J., Rahman, A., Scheyer, O., Hwang, M. J., Berkowitz, C., Hendrix, S., Mureb, M., Schelke, M. W., Mosconi, L., Seifan, A., & Krikorian, R. (2018). The clinical practice of risk reduction for Alzheimer’s disease: A precision medicine approach. *Alzheimer’s and Dementia*, *14*(12), 1663–1673. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.08.004>
- Kim, B., Noh, G. O., & Kim, K. (2021). Behavioural and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer’s disease and family caregiver burden: a path analysis. *BMC Geriatrics*, *21*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02109-w>
- Kleinke, F., Michalowsky, B., Rädke, A., Platen, M., Mühlichen, F., Scharf, A., Mohr, W., Penndorf, P., Bahls, T., van den Berg, N., & Hoffmann, W. (2022). Advanced nursing practice and interprofessional dementia care (InDePendent): study protocol for a multi-center, cluster-randomized, controlled, interventional trial. *Trials*, *23*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06249-1>
- Krikmann, Ü., Matsalu, T., & Oja, S. (2018). *Info Alzheimeri tõvega inimestele ja nende lähedastele*. <https://www.ravijuhend.ee/patsiendivarav/juhendid/128/info-alzheimeri-tovega-inimestele-ja-nende-lahedastele>
- Laura, P. A., Dolores, L. F. M., Rafael, D. P. C., Pedro, G. F. F., & Luis, P. H. P. (2022). Undergraduate nursing students’ knowledge of Alzheimer’s disease and related dementias care. *Journal of Professional Nursing*, *39*, 101–108. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.01.005>
- Luzia, M. de F., Almeida, M. de A., & Lucena, A. de F. (2014). Nursing care mapping for patients at risk of falls in the Nursing Interventions Classification. *Revista Da Escola de Enfermagem*, *48*(4), 632–640. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400009>
- Matziorinis, A. M., & Koelsch, S. (2022). The promise of music therapy for Alzheimer’s disease: A review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1516*(1), 11–17. <https://doi.org/10.1111/nyas.14864>
- Sarv, K., Kimmel, K., Raal, A., Hinrikus, T., & Liit, E. A. (2016). *Sisukord Kes vastutab apteegisektori tasakaalustatud arengu eest?*
- Strøm, B. S., Engedal, K., Engedal, K., & Andreassen, L. (2019). Nursing Staff’s Knowledge and Attitudes toward Dementia: A Pilot Study from an Indian Perspective. In *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra* (Vol. 9, Issue 3, pp. 352–361). <https://doi.org/10.1159/000502770>
- Südhof, T. C. (2021). The cell biology of synapse formation. *Journal of Cell Biology*, *220*(7), 1–18. <https://doi.org/10.1083/jcb.202103052>

Varik, M., & Linnamägi, Ü. (2020). *Alzheimeri tõbi sinu lähedasel Soovitud dementsusega.*

Yu, H., Wang, X., He, R., Liang, R., & Zhou, L. (2015). Measuring the caregiver burden of caring for community-residing people with Alzheimer's disease. *PLoS ONE*, *10*(7), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132168>

Lisa 1. Alzheimeri tõve diagnoosi esmashaigusjuhud soo ja vanuserühma järgi (1998-2016.aastal)

EH10: Esmashaigusjuhud soo ja vanuserühma järgi (1998-2016)



Allikas: Tervise Arengu Instituut