

Tartu Tervishoiu Kõrgkool
Õe õppekava

Tiiu Bobrovski

**DEMENTSE EAKA TOITUMISEGA SEOTUD TERVISERISKID, NENDE
TEKKEPÕHJUSED JA ÕENDUSTEGEVUSED TOITUMISEGA SEOTUD
PROBLEEMIDE ENNETAMISEL JA LAHENDAMISEL**

Lõputöö

Juhendaja: Reet Urban, RN, MSc, dotsent
Tartu Tervishoiu Kõrgkool

Tartu 2013

Käesoleva lõputöö on autor koostanud iseseisvalt. Kõik töös kasutatud teiste autorite, kirjandusallikate ja muudest allikatest pärinevad andmed on nõuetekohaselt viidatud.

Lõputöö autori allkiri:.....

Kuupäev: „.....“ 2013 a.

Otsus kaitsmisele lubamise kohta

.....
.....

Juhendaja(d):.....

/nimi ja akadeemiline kraad/

.....

/allkiri/

Kuupäev: „.....“ 2013 a.

KOKKUVÕTE

Käesolev lõputöö on kirjanduse ülevaate meetodil koostatud teoreetiline töö, mille eesmärgiks on kirjeldada dementse eaka toitumisega seotud probleeme ja õendusabi võimalusi nende vähendamisel ja ennetamisel.

Uurimistöö eesmärgist tulenevalt püstitati järgmised uurimisülesanded:

1. Kirjeldada dementse eaka toitumist mõjutavaid tegureid.
2. Kirjeldada dementse eaka toitumisega seotud enamlevinud terviseriske.
3. Kirjeldada õendusabi võimalusi dementse eaka toitumisega kaasnevate probleemide lahendamisel.

Dementne eakas, tingitud kognitiivsete võimete langusest, ei suuda kontrollida normaalset toitumist. Seoses sellega võivad kaasneda mitmesugused terviseprobleemid, milledest alatoitumine ja dehüdratsioon on kõige sagedasemad. Raskendatud toimetulek söömisel ja joomisel on kujunenud alatoitumise kõige suurema tõenäosusega esinevaks riskiteguriks, viies organismi immuunsüsteemi nõrgenemiseni ning suurendades hospitaliseerimise ja suremuse riski. Toitumisega seonduvate terviseriskide ennetamisel on õendus- ja hoolduspersonalil väga suur roll. Peamiseks probleemiks on aga toitumisalaste teadmiste puudulikkus ja muutunud tervises seisundi hilinevad äratundmine. Seega oleks vaja muuta hooldustöötajate ja meditsiinipersonali suhtumist ja käitumist ning tõsta teadmisi läbi erinevate koolitusprogrammide.

Käesolevas uurimistöös on kirjeldatud dementse eaka toitumiskäitumise ja neist tulenevaid võimalikke terviseriske ning antud ülevaade erinevatest toitumusliku seisundi hindamismeetoditest ja õendussekkumistest.

Võtmesõnad: dementne eakas, alatoitumine, dehüdratsioon, ennetamine

ABSTRACT

This thesis is a literature review, which aim is to describe the demented elderly nutrition-related problems and possibilities of reducing and preventing those matters in nursing.

The purpose of this review was the following:

1. To describe demented elderly factors of which influencing nutrition.
2. To describe demented elderly most common nutrition-related health risks.
3. To describe nursing care to help solve the problems related to dementia elderly nutrition.

Demented elderly, due to cognitive impairment, are unable to control normal nutrition. This may result in various health problems, from which malnutrition and dehydration are the most frequent. Difficulty coping with eating and drinking, malnutrition has become the most likely of risk factors, leading to a weakening of the immune system and increasing the risk on hospitalization and mortality. Maintenance and nursing staff have a very big role of preventing nutrition-related health risks. However, the main problems are the lack of nutritional knowledge and belated recognition of changed health status. Thus, it would be necessary to change the attitude and behaviour of maintainance and the medical staff through various training programs.

This research describes the difficulties of nutrition in the elderly with dementia, potential health risks and an overview of the different methods for assessment of nutritional conditions and nursing activities.

Key words: demented elderly, malnutrition, dehydration, prevention.

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
ABSTRACT.....	4
SISUKORD.....	5
1. SISSEJUHATUS.....	6
2. UURIMISTÖÖ MATERJAL JA METOODIKA	8
3. DEMENTSE EAKA TOITUMIST MÕJUTAVAD TEGURID.....	9
3.1 Kognitiivsed häired.....	9
3.2. Keskkonna vahetus	11
3.3. Düsfaagia	12
3.4. Meeleoluhäired ja emotsionaalsed muutused	13
3.5. Dementseid eakaid hooldavate isikute vähene teadlikkus	15
4. TOITUMISEGA SEOTUD ENAMLEVINUD TERVISERISKID.....	16
4.1 Alatoitumine	16
4.2. Dehüdratsioon.....	18
5. ÕENDUSABI VÕIMALUSED DEMENTSE EAKA TOITUMISEGA KAASNEVATE PROBLEEMIDE LAHENDAMISEL	21
5.1. Toitumisraskuste hindamine ja mõõtmine	21
5.2. Õendussekkumised dementsuse varajases staadiumis	23
5.3. Dehüdratsiooni ennetamine ja õendussekkumine	26
5.4. Enteraalne toitmine	27
5.5. Õdede ja hoolduspersonali koolitus	31
6. ARUTELU	33
7. JÄRELDUSED	38
ALLIKALOEND	40

LISAD

Lisa 1. Edinburgi dementsete toitumise hindamise skaala

Lisa 2. Uurimistöös kasutatud teadusartiklite väljavõtuleht

1. SISSEJUHATUS

Dementsus on progresseeruv seisund, mille puhul häiruvad inimese kognitiivsed võimed, mistõttu ta ei ole võimeline igapäevaeluga toime tulema ega töötama. Dementsuse esinemissagedus on suurenenud ja peamiseks riskifaktoriks peetakse kõrget vanust. Järgmise 30 aasta jooksul nähakse Ühendkuningriigis haigestumise kahekordset tõusu, mis viib selle näitaja 1,4 miljonini, ülemaailmselt prognoositakse dementsete inimeste arvu 2040 aastaks 81,1 miljoni piirini (Cole 2012). Dementne eakas, tingitud kognitiivsete võimete langusest, ei suuda kontrollida normaalset toitumist. Seoses sellega võivad kaasneda mitmesugused terviseprobleemid: ala- ja liigtoitumine, dehüdratsioon, hüpovitaminoos, aneemia. Alatoitumine ja veetustumine on kaks olulisemat põhjust, mis mõjutavad kõige enam dementsete haigete suremust (Chang ja Li-Chan 2005). Dementsuse keskmises ja hilises staadiumis on söömisega toimetulek raskendatud ja see on kujunenud alatoitumise kõige suurema tõenäosusega esinevaks riskiteguriks, viies organismi immuunsüsteemi nõrgenemiseni ning suurendades hospitaliseerimise ja suremuse riski (Smith 2011). Vähenenud janutunnetuse ja väljendusraskuste tõttu võib olla häiritud vedeliku omastamisvõime (Archibald 2006), põhjustades muutusi veebilansis kuni dehüdratsioonini välja (Mentes 2006).

Armolik ja Kiik (2011) leiavad oma uuringus, et lisaks dementsussündroomi alatähtsustamisele ja diagnoosimisele, on jäänud tähelepanuta ka toimiv õppe- ja nõustamissüsteem. Puudub dementse inimese omaste ja hoolduspersonali väljaõpe, mistõttu jäävad paljud muutused märkamata. Õdedel ja hooldajatel ei ole piisavalt teadmisi ja oskusi märkamaks ning seeläbi ennetamaks võimalikke terviseseisundi muutusi.

Triinu Kurvits (2010) kirjeldas oma uurimistöös, kuidas ennetada eakate alatoitumist läbi erinevate tegevuste ja selgitustöö, tagamaks normaalne elukvaliteet ning tervislik seisund. Ta nimetab alatoitumise peamiseks riskiteguriks dementsust ja leiab, et eriti on ohustatud alatoitumise suhtes need dementsed eakad, kes elavad kodus üksinda ilma järelvalveta. Kuna puutun oma töös palju kokku dementsete patsientidega, siis näen, et eelkõige dehüdratatsiooni ja alatoitumise ennetamisel on õendus- ja hoolduspersonalil väga suur roll. Peamiseks probleemiks on toitumisalaste teadmiste puudulikkus ja muutunud terviseseisundi hilinenud

äratundmine. Töötajate ebapiisav koolitus ja toitmiseks varutud vähene aeg on peamiseks barjääriks dementse eaka toitumisvajaduste rahuldamiseks. Seega on vaja muuta hooldustöötajate ja meditsiinipersonali suhtumist ja käitumist ning tõsta teadmisi läbi erinevate koolitusprogrammide. Teadaolevalt puudub Eestis dementse eaka toitumisprobleeme ja sellega kaasnevaid terviseriske puudutav kaasaegsetel teadusuuringutel põhinev teave.

Tulenevalt eelnevast on käesoleva, teoreetilise uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada dementse eaka toitumisega seotud probleeme ja õendusabi võimalusi nende vähendamisel ja ennetamisel.

Uurimistöö eesmärgist lähtuvalt püstitati järgmised uurimisülesanded:

1. Kirjeldada dementse eaka toitumist mõjutavaid tegureid
2. Kirjeldada dementse eaka toitumisega seotud enamlevinud terviseriske
3. Kirjeldada õendusabi võimalusi dementse eaka toitumisega kaasnevate probleemide lahendamisel.

2. UURIMISTÖÖ MATERJAL JA METOODIKA

Käesolev uurimistöö on teoreetiline, mille koostamiseks rakendati kirjanduse ülevaate meetodit. Teabe kogumiseks kasutati teemakohaseid õpikuid ja käsiraamatuid, teaduspõhiseid artikleid ja uurimistööde tulemusi. Teadusartiklite leidmiseks kasutati elektroonilisi teadusandmebaase: PubMed, EBSCO, ESTER, MEDLINE: Health Source: Nursing/Academic Edition ja otsingumootoreid Google ja Google Scholar. Kasutati Tartu Tervishoiu Kõrgkooli elektroonilist andmebaasi Rixweb, kui ka käsitsiotsingut.

Artiklite leidmiseks kasutati järgmisi otsingusõnu ja nende kombinatsioone: esmased otsingusõnad: eakas (*elderly*), dementne eakas (*elderly with dementia*), terviserisk (*risk of health*), toitumine (*nutrition*), toitumisprobleem (*nutrition problem*), ennetus (*prevention*), õendustegevus (*nursing activities*) teiseseid otsingusõnad: alatoitumine (*malnutrition*), dehüdratsioon (*dehydration*), düsfaagia (*dysphagia*). Uurimistöös kasutatavate allikate otsingul piiritleti väljaandmise aeg ajavahemikuga 2002-2012, keeleliseks piiranguks oli eesti ja inglise keel. Allikate sisu pidi vastama uurimistöö eesmärgile ja uurimisülesannetele. Teadusartiklite valikul oli kriteeriumiks artiklite täistekstide tasuta kättesaadavus. Uurimistöö koostamiseks kasutati 38 teadusartiklit, kahte käsiraamatut, ühte ravi- ja diagnostikajuhendit ning kolme õe õppekava lõputööd.

Sobivate artiklite otsimisel vaadati esialgu läbi pealkirjad, seejärel loeti kokkuvõtted ja tulemused. Sellest järeldati, kas artikkel vastab minu uurimistöö eesmärgile. Sobivuse korral tutvuti terve artikliga. Seejärel süstematiseeri artiklid lähtuvalt uurimistöö ülesannetest. Analüüsimiseks vastavad kirjandusallikad tõlgiti ja refereeriti, moodustades loogilise struktuuri, et olemasolevat materjali saaks võimalikult maksimaalselt ära kasutada. Võrreldi erinevate autorite nii sarnaseid kui erinevaid seisukohti ning moodustati sisuliselt terviklikud teemakohased lõigud, mis koondati sisu järgi peatükkideks ja alapeatükkideks.

Kirjandust kasutades järgiti eetilise tagamise viitamisreegleid, vältimaks plagiaati. Allikate autorite mõtet töö käigus ei ole muudetud. Võõrkeelsete allikate puhul järgiti sisu täpset kajastamist. Töös kasutati eelretsenseeritud ja teaduspõhist kirjandust. Lõputöö koostati vastavalt Tartu Tervishoiu Kõrgkooli kirjalike tööde vormistamise juhendile.

3. DEMENTSE EAKA TOITUMIST MÕJUTAVAD TEGURID

3.1 Kognitiivsed häired

Dementsus on hilise elujärgu üks kõige koormavamaid seisundeid ning sellest on tingitud järkjärguline enesetoitmise võime vähenemine. Toitumisraskused nagu söömine, toitmine ja erinevad toitumiskäitumised esinevad vanematel inimestel just keskmises ja hilises dementsuse staadiumis. Dementsuse progresseerudes süvenevad probleemid söömise, toitmise ja toitumiskäitumise osas veelgi ning sellel on negatiivne mõju inimese toitumuslikule seisundile, mille tagajärjeks võib olla alatoitumus ja veetustumine. Kognitiivsuse langus halvendab igapäevatoimingutega (ADL) hakkamasaamist, viies hiljem sõltuvusele toitumisel (Watson ja Green 2005, Archibald 2006, Lou jt.2007, Lin jt. 2008, Aselage 2009).

Dementsusega seotud tunnetushäirete, füüsiliste ja meelepuuete tõttu võib söömisvajadus olla mittetunnetatav (Chang ja Li-Chan 2005, Lin jt. 2008). Keelelise väljenduse raskused, otsustusvõime ja sihipärase tegevuse nõrgenemine muudavad arusaamise veelgi raskemaks (Tulva 2008). Kognitiivsed muutused võivad tekkida juba haiguse varases staadiumis, isegi enne diagnoosimist ning sel võib olla mitmeid põhjuseid (Candy jt. 2009). Tunnetusprotsessi häiretega kaasneb harilikult või eelneb emotsionaalne pidurdatus, tuues sageli kaasa meeleolu- ja käitumishäireid (Ojala 2009).

Kognitiivsete võimete ja tähelepanu langus mõjutavad oluliselt dementsel eakal toitumisülesande alustamist ja lõpuleviimist (Watson 2002, Archibald 2006, Chang ja Roberts 2008). Sõltuvalt tunnetuslik-kognitiivse kahjustuse ulatusest võivad dementsed eakad söömise täielikult unustada või vastupidiselt unustada, et nad on juba söönud. Samuti võivad nad toitu mitte ära tunda ja süüa toidu pähe mittedöövavaid asju. Näiteks salvrätile või määrimine või suhkru valamine praele on täiesti kohased käitumised. Visuaalagnoosiaga dementsed võivad mitte ära tunda tuttavaid objekte, samuti mitte mõista, miks pannakse lauale taldririkud, kahvlid, lusikad enne toidu serveerimist. Nad ei oska seostada neid esemeid järgneva söömisprotseduuriga (Watson 2002, Archibald 2006, Amella ja Lawrence 2007, Lou jt.2007).

Dementsed eakad võivad säilitada võime süüa, aga unustavad vahepealsed etapid nagu närimise ja neelamise (Eisenstadt 2010).

Perekesksed toidutarbimistraditsioonid kantakse elu aeg endaga kaasa ja antakse edasi järgnevatele põlvetele. Mälu nõrgenedes aga kauapüsinud käitumismustrid muutuvad kas haiguse, hooldamise või elukoha vahetuse tõttu ning toovad kaasa söömisvõime alanemise. Kui selline nõrgenemine on märkimisväärne, võib see kaasa tuua alatoitumise (Aselage ja Amella 2009).

Alatoitumise tekkeks ei ole üht ja ainust põhjust, vaid on suur hulk tegureid, mis omavahel seotult mõjutavad üksteist (Watson 2002). Dementsel võivad esineda raskused toiduga seotud tegevuste sooritamisel nagu toidu tükeldamine, pakendite avamine, joogikruusi tõstmine. Keeruline võib olla toitu suhu panna ja seda närida ning neelata. Sageli hoiab ta toitu seni kaua suus kui abistaja tuletab meelde neelata, kasutades selleks sageli imiteerivaid liigutusi. Dementsed eakad ei pruugi tund nälga, neil võib olla raskusi söömise alustamisega või kui nad hakkavad sööma ja kui esineb mingeid häirivaid asjaolusid, ei õnnestu alati söömist lõpetada. Sageli ei suuda nad väljendada, et vajavad abi söömisel, samuti seda, et nad vajavad rohkem aega närimiseks ja neelamiseks. Kui hooldaja proovib aidata, siis tihti hoolealune tõrgub, lükkab toidu eemale, keeldub suud avamist või sülitab toidu hoopis välja (Watson 2002, Amella ja Lawrence 2007, Lin jt. 2008). Samad autorid leiavad, et tegurid, mis vähendavad toidu tarbimist ja söögiisu langust vanematel patsientidel (valu, ravimid, iiveldus, suu- ja hammaste probleemid), võimenduvad dementsel eakal hoopis enam, sest nemad on veelgi vähem võimelised sellistest probleemidest aru saama ning nendega toime tulema.

Chang ja Roberts (2010) viisid läbi uurimuse Taiwani erinevates hooldusasutustes hindamaks alatoitumuse riski. Kokku osales 101 dementsel eakat, skriinimiseks kasutati MNA testi ja KMI määramist. Tulemustest järeldub, et keeldumine söögist, naiseks olemine ja söömisele kuluv aeg olid märkimisväärselt alatoitumuse riski ennustavateks faktoriteks. Need tulemused võivad aga olla seoses leiuga, et enamus dementsetest elanikest pikaajalisel hooldusravil on naised, samuti on naised märkimisväärselt kõrgemas eas. Seoses sellega halveneb kognitiivne võimekus ja suureneb sõltuvus kõrvalaabist enam, kui meestel. Need faktorid võivad seletada seda, miks naissugu on niivõrd suurem seoses alatoitumuse ja alatoitumuse riskiga.

3.2. Keskkonna vahetus

Üheks toitumist mõjutavaks teguriks dementsel eakal on haiglasse või hooldeasutusse sattumine st. kokkupuudet võõra, harjumatu keskkonnaga. Söömishäired võisid esineda ka juba varem, aga uues keskkonnas nad võimenduvad. Võõras ümbrus, müra, teistsuguse seltskonna tajumine ja muutunud söögiajad tekitavad segadust ning võimendava probleeme veelgi (Archibald 2006, Amella ja Lawrence 2007, Aselage ja Amella 2009). Samuti peab dementsel eakas kohanduma teistsuguste toitudega, mida ta seni oli kodus harjunud tarbima. Teistsugune maitse ja toidu tekstuur tekitavad võõristust ja võivad olla ka kultuuriliselt sobimatud. Dementsel eakal on eriti raske muuta elukestvaid toitumisharjumusi, kuna muutuste põhjused on talle arusaamatud (Holmes 2006). Lin jt. (2008) viisid läbi uuringu, leidmaks põhilisi toitumist mõjutavaid tegureid hoolekandeaasutuses. Uuritavatest (n=447) 58%-l olid elamistoimingute sooritamisel täielikult sõltuvad, 61,4%-l avastati söömiskäitumise raskused ja 30,7%-l alatoitumus. Alatoitumise põhjustest olid söömiskäitumise raskused esikohal, abivajamine teisel, mõõdukas sõltuvus kolmandal, sugulaste külastamine neljandal, vanus viiendal ja sugu kuusandal kohal.

Haiglad võivad olla hirmuäratavad igapäevaseks, eriti aga dementsetele patsientidele, sest nad ei suuda meenutada, kes nad on, kus nad on ja miks neid siia toodi. Palati õhk võib olla liiga kuiv või palav. Haige võib olla närviline, hirmunud, erutatud ning personalil jääb vajaka teadmistest mõistmaks dementset patsienti. See omakorda võib osutada ebapiisava toitumise riskifaktoriks ja mõjutada haige ravi ja paranemise kulgu (Archibald 2006). Samuti võib võõras kohas segaduses ja desorienteeritud patsiendil sihitu ekslemisega kaasneva liigne energiatarbimine (Watson 2011).

Globaliseerunud ajastul on tavaline, et inimese hooldajaks on võõramaalased. Lou jt. (2007) uurisid Taiwanis kahte dementsete pikaajalist hooldusasutust kolme kuu jooksul ja leidsid, et kultuuriline taust, suhtlemis- ja arusaamisraskused võivad oluliselt halvendada dementsel eaka toitumist (Lou jt. 2007). Kõik need häirivad faktorid võivad viia stressini. Ümberpaigutamise stressi sündroom - RSS (*relocation stress syndrome*) on psühholoogiline, füsioloogiline ja sotsiaalne häire, mille sümptomiteks on tujukõikumised, segadus, ärevus, anoreksia,

sotsiaalne isolatsioon, kaalukaotus, mis lõpuks viivad alatoitumuse ja dehüdratatsioonini (Wotton jt.2008).

3.3. Düsfaagia

Düsfaagiat esineb peaaegu kõigil neuroloogilisi degeneratiivseid haigusi põdevatel ja dementsetel patsientidel. Düsfaagia suurt levimust dementsete patsientide hulgas seostatakse kõrge vanuse ja sensoorsete ning motoorsete funktsioonide muutumises (Kyle 2011, Norma 2012). Mõlema autori hinnangul esinevad kuni 45% hooldusasutuses elavatel dementsetel neelamisraskused ja paljud neist on hilises dementsuse staadiumis. White jt. (2008) tõdesid, et dementsuse süvenedes kasvab düsfaagia näitaja 70 %-ni.

Mõõduka dementsuse puhul esineb kõige sagedamini düsfaagia oraalfaasi ja dementsuse süvenedes neeludüsfaagiat, mis avaldub hilinevad neelamise alustamises, korduvate neelatustena ning hingeldusega. Need neelamisprotsessi kõrvalekalded muudavad söömise nii raskeks kui ka ebatavaliseks, võivad kaasa tuua aspiratsioonipneumoonia ja edasise tõsise söömisraskuse ning probleeme vedelikutarbimisega, suurendades alatoitumise ja dehüdratsiooni riski (Michell 2007, Koopmans jt.2007, Aselage ja Amella 2009, Pivi 2012).

Düsfaagia kliinilistest tunnustest kõige iseloomulikumaks on toidu kleepumine kurgus, köha, toidu tagasiheide suu või nina kaudu (White jt.2008). Düsfaagiat soodustab vähenenud janu tunnetus ja alanenud sülje tootmine, mis on eelsoodumus suukuivusele. Toidu osad võivad peatuda osaliselt suus, tekitades hea kasvupinna bakteritele ja suurendades aspiratsiooni pneumonia riski (Michell 2007). Samuti mitmed ravimid (kortikosteroidid, antipsühhootikumid, antidepressandid) võivad põhjustada suukuivust. Selle tulemusena on toidu segunemine ja neelamine raskendatud (Kyle 2011). Sama autor leiab veel, et üheks toidust ja veest keeldumise põhjuseks on hirm lämbumise ees, mis omakorda suurendab alatoitumise ja dehüdratatsiooni riski.

Kõige tavalisemaks düsfaagia tüsistuseks on alatoitumus ja aspiratsioonipneumoonia. Viimane on ka üks sagedasematest surma põhjustest (Koopmans jt.2007, White jt. 2008, Eisenstadt 2010). Düsfaagiaga patsientidest esineb hingamiskahjustusi ligikaudu 50%

juhtunutest, kuid kliiniliselt väljendunud kopsupõletiku tunnuseid ei leita. Seda nimetatakse nn. „vaikseks aspiratsiooniks“, mille tunnuseks võivad olla väike palavik ja saturatsiooni langus. Arvataksegi, et 25% düsfaagiaga patsientidest kannatab „vaikse aspiratsiooni“ all (White 2008, Norma 2012). Samuti kaebavad eakad patsiendid kopsupõletikule iseloomulike sümptomite üle harvem kui nende nooremad kaaslased, seetõttu on aspiratsioonipneumoonia sellel grupil sagedasti aladiagnoositud (White jt. 2008, Norma 2012).

3.4. Meeleoluhäired ja emotsionaalsed muutused

Dementsusega võivad 50-75%-l haigestunutest kaasneda erinevad meeleoluhäired. Sagedamini on esiplaanil depressiivsed ilmingud, mida esineb 10%-l mõõduka dementsuse juhtudel ja 5,3%-l raske dementsuse juhtudel. Kurbusena väljendunud meeleoluhäire esineb üle poolte juhtudest ja sellega kaasneb sageli ärevus või apaatia (Linnamägi jt. 2006). Samas leiavad Erkinjuntti jt. (2007), et kõige enam moodustuvad dementsusega kaasnevatest meeleoluhäiretest masendus (60-80%) ja unehäired (60-70%). Püsiv kurbusetunne võib olla rohkem kui lihtsalt tujuprobleem – see võib olla hoiatav mälu kahjustuse märk (Depression: Early warning of dementia? 2012). Varem toimekal dementsel võivad rahutus, tundeelu lamenumine ja algatusvõime pidurdus olla depressioonistaadiumi saabumise tundemärk, mis omakorda toob kaasa kognitiivsete oskuste languse. Need samad sümptomid võivad märgatavalt nõrgendada kognitiivseid võimeid juba haiguse algperioodis. Seega, kui inimene tundub liiga murelik või ärritunud ja ei suuda süüa, on oluline püüda välja selgitada põhjus (Ojala 2009).

Emotsionaalne ebastabiilsus on üsna tavaline dementsusega kaasnev sümptom. Emotsioonid, mida eakas dementsusega patsient väljendab, võivad olla kiiresti muutuvad ning mitte alati seotud käesoleva situatsiooniga. Seega toidust keeldumise põhjus ei pea olema tingitud hetkeemotsioonist, vaid põhjused võivad ulatuda varasematesse aegadesse. Näiteks meenub patsiendile mingi varasem läbikogetud situatsioon, mis häirib teda just antud momendil (LeCleric jt. 2004). Nii ärritatud olek kui ka masendus toovad sagedasti endaga kaasa söögiisu languse. Toitu, mida patsient varem oli armastanud, tundub nüüd mitte isuäratav (Depression: Early warning of dementia? 2012).

Üheks stressi tekitavaks faktoriks on valu, nii emotsionaalne kui füüsiline. Väljendusraskuste tõttu jääb see personalile tihti märkamatuks ning söömisest keeldumist tõlgendatakse mitmeti. Valu hinnata on aga küllaltki keeruline ja kvalifitseeritud ülesanne. Olemasolevaid mõõdikuid kasutatakse vähe, põhjuseks oskamatus neid käsitleda ja hinnata, samuti hindamisele kulunud aeg (Jordan jt. 2011).

3.5. Dementseid eakaid hooldavate isikute vähene teadlikkus

Mitmed autorid toovad välja alatoitumise suure esinemissageduse hoolekandeesutustes (2-83%), kus toitumisprobleemid on tavalised ja sageli märkamatud. Põhjustena on enam välja toodud personali vähest teadlikkust, toitumisele kulutatud ebapiisavat aega ja toitumusliku seisundi hindamisinstrumentide vähest kasutamist (Loy jt. 2007, Koopmans jt.2007, Lin jt.2008, Aselage ja Amella 2009, Saunders ja Smith 2010).

Lin jt. (2008) poolt läbiviidud uurimistöö tulemustest erinevates hoolekandeesutustes selgub, et alatoitumisest on ohustatud 30,7% elanikest ja õed võivad olla esimesed professionaalsed tervishoiu töötajad, kes märkavad patsiendi söömiskäitumist. Asutustes, kus töötajad seda jälgisid, oli ka madalam tõenäosus patsiendi alatoitumiseks. Chang ja Li-Chan (2005) on seisukohal, et suur hulk väljaõppeta personali ja ebapiisav aeg söögikordade jaoks on olulisemaks barjääriks hooldeasutuste toitumisprogrammis. (Chang ja Roberts 2010) leiavad, et võimaldades pikemat söögiaega on võimalik suurendada tarbitud toidu kogust ja sellega seoses säilitada adekvaatset toitumist.

Õdedel ei ole alati ülevaadet patsiendi võimetest (nt. et ta ei suuda ise süüa/vajab abi) ja neil puuduvad teadmised dementsusest, mis võib olla riskifaktor ebapiisavaks toitumiseks. Falkirki Kuninglikus Haiglas hinnati õdede poolt dementsete vajadusi ning eelistusi vaatluse vormis. Leiti, et patsientide söömisel abistamine oli kõige ebapopulaarsem töö, eriti kui patsiendid olid „raskesti abistatavad“. Samas ei kulutanud mitte keegi õdedest aega õppimisele, kuidas paremini patsienti söömise ajal aidata. Leiti, et toitumisega seonduv oli sageli vähemtähtis muude hooldusaspektide kõrval (Archibald 2006).

4. TOITUMISEGA SEOTUD ENAMLEVINUD TERVISERISKID

4.1 Alatoitumine

Ameerika parenteraalse ja enteraalse toitumise ühing (*The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*) defineerib alatoitumist kui toitumiseisundi (*disorder of nutrition status*) häiret, mis viib toitainete defitsiidini, häiritud toitainete ainevahetuseni või alasöömiseni. Proteiini-energia alatoitumus on kõige sagedasem tüüp (25-59%), mis eakatel esineb; füüsilised märgid võivad sisaldada madalat kehamassiindeksit(30-35%), madalat biokeemilist koostist (nt. madal albumiini, transferrini ja prealbumiini tase). Varajane kõhu täitumine või isu kaotus on sagedane ilming arenenud dementsuse puhul ning see võib soodustada alatoitumist. Madal vitamiinide ja mineraalide sisaldus võib põhjustada segasusseisundit kuni deliiriumini välja (Lou jt.2007, Aselage ja Amella 2009).

Sõltuvus söömistoimingute sooritamisel on peamine riskitegur alatoitumise tekkeks (Lin jt.2008), sama põhjuse toovad välja ka Lou jt. (2007), kes uurisid 34 dementset eakat Taiwani kahes hooldeasutuses ning täheldasid kaalukaotust 44%-l viimase 5 aasta jooksul ja 92% oli kaalu kaotanud käimasoleval aastal. Rohkem kui pooled uuritavatest (52,7%) vajasid abi toitmisel või söömisel.

Alatoitumine on dementsuse ja teiste psühhiaatriliste ning kognitiivsete häirete peamine etioloogiafaktor, sagedasemateks tunnusteks kahheksia ja kaalulangus, kuigi sellega seoses ei ole midagi tõestatud. Dementsusega kaasas käiv kaalulangus võib olla korrelatsioonis kõrgema infektsiooniriskiga, korduvatest liigutustest põhjustatud energiapõletamisega ja kognitiivse defitsiidiga, mis kõik ohustavad patsiendi sõltumatust (Pivi jt.2012). Hollandi hooldeasutustes toimunud uuringute tulemustest järeldavad Koopmansjt.(2007), et kahheksia, dehüdratsioon, kardiovaskulaarsed haigused ja kopsupõletik olid sagedasemad surma põhjustajad lõppjärgus olevate dementsete patsientide seas (53,2%) kui ka nende, kes sinna faasi ei jõudnud (32,2%).

On olemas koolkondi, kes väidavad, et kaalukaotus on paratamatu dementsuse hilisemas staadiumis, toitumine dementsedel ei ole seotud kehakaaluga ja nende energiavajadus ei erine

terve inimese omast. Samas leitakse aga, et kaalukaotus eelneb dementsuse algusele ning konditsioon, mis viib dementsuseni, viib samuti keha ainevahetuse tasakaalutuseni (Watson 2002). On veel üks teooria, mis postuleerib, et arenenud dementsusega patsientidel on homöostaasi seisund muutunud, mis väljendub aeglustunud ainevahetusega ja vähenenud kalorite vajadusega (Michell 2007).

Taiwani pikaajalisel hooldusel olevate 84 dementsete eakate seas viidi läbi uurimus hindamaks alatoitumuse riski, kasutades MNA-SF testi ja KMI määramist. Testiga hinnati järgmisi kriteeriumeid: isu, kaalulangust, liikuvust, stressi või ägedat haigust, neuropsühholoogilisi probleeme ja KMI-t. Antropomeetriliste mõõtmiste alla kuulusid KMI, küünarvarre keskmine ümbermõõt, sääre ümbermõõt, kaal. Uuringu tulemusest selgus, et risk alatoitumuseks oli 90,4%-l elanikest (s.o. 74 dementsel eakal). Keskmine KMI oli 22,3 ja alatoitumise esinemissagedus 19,2%. Uuringus osalejatest olid ise suutelised sööma 73,5% elanikest ja 31,3% vajasisid aga pidevat abi söömisel (Chang ja Roberts 2010).

Alatoitumise diagnoosimise üheks tähtsamaks kriteeriumiks peetakse KMI ja antropomeetrilisi mõõtmisi. Neid on suhteliselt lihtne hallata, lihtne arvutada ja tõlgendada, lisaks on meetod odav ning patsientide jaoks mitteinvasiivne. Seetõttu on need muutunud laialdaselt kasutatavateks toitumuse hindamise parameetriteks (Lou jt.2007, Chang ja Roberts 2008, Pivi jt.2012). Siiski esineb lahkarvamusi, kas KMI on piisavalt tundlik indikaator. Cook jt. (2005) hoiatavad, et kliinilises praktikas võib KMI varjata olulist kaalutõusu ning seega ei suuda hoiatada õdesid toitumisprobleemidest. Kaalulanguse hindamist võivad raskendada sellised tegurid nagu tursed ja dehüdratsioon. Lisaks ei iseloomusta KMI, kas tegemist on rasva või lihasmassi kaotusega, mistõttu võib KMI olla eksitav ja anda valepositiivseid tulemusi loomulikult kõhnade inimeste puhul. Seetõttu soovivad teadlased kaalu jälgimist kombineerida kliinilise vajadusega. Kõige usaldusväärsem oleks kombineerida objektiivsed mõõtmised, kliiniline läbivaatus, haiguslugu ja biokeemilised markerid.

Taiwanis, kahes eakate hoolekandeesutuses, viidi läbi uuring, mille eesmärgiks oli kindlaks teha pikaajaliselt hoolekandeesutuses elavate dementsete eakate muutused kehamassiindeksis (KMI) ning tervist mõjutavad tegurid kolmekuulise perioodi vältel. Uuringus osales 55 dementsel eakat, kellest ligikaudu pooled (47,3%) toitusid iseseisvalt suu kaudu, 12 inimest

(21,8%) toideti sondi kaudu õdede poolt. Enam kui pooli (56,4%) uuritavatest külastasid pereliikmed rohkem kui üks kord nädalas. Tulemustest selgus, et 18% ehk 10 uuritava oli KMI vähem kui 18,5. Esines trend KMI vähenemisele 3-kuulise uuringu perioodil. Madala KMI-ga uuritavad vajasisid abi söögiaegadel. Sõltuvus toitumisel oli peamine tegur, mis eristas normaalse ja madala KMI-ga uuritavaid. Selles uurimistöös ilmnenud madal alatoitluse levimus võib olla põhjendatud sellega, et üle poolte uuritavaid (56%) külastasid pereliikmed rohkem kui üks kord nädalas ning enam kui 1/3 (36%) külastas perekond rohkem kui kolm korda nädalas. Pereliikmete külaskäigud võivad pakkuda aga olulist emotsionaalset tuge, aga ka lisatoitu, mis aitab säilitada normaalset toitumist (Lou jt.2007).

4.2. Dehüdratsioon

2009 aastal märkis USA Tervishoiu uuringute ja kvaliteedi agentuur (AHRQ) dehüdratsiooni üheks 20-st levinumast eakatele määratud diagnoosiks. Dehüdratsiooni all kannatab 25% vanemaealistest inimestest ja dehüdratsioon on üks kümnest kõige sagedasemast diagnoosist haiglaravis (Archibald2006, Mentis 2006). Põhjuseks, miks dehüdratsioon viimase kümnendi jooksul ei ole vähenenud, peetakse oskamatuset märgata dehüdratsioonile viitavaid tunnuseid ja väljatöötatud mõõdikute vähest kasutamist nii omaste kui hoolduspersonali poolt (Amstrong 2005, Shimizu jt. 2012).

Vee bilansi moodustab tarvitatava ja keha poolt väljutatava vee koguse tasakaal. Seoses vanadusega tekivad nihked vee tasakaalu säilitamisel, mis võivad põhjustada organismi liigset hüdreerimist, sagedamini dehüdratsiooni. Viimane ongi üks sagedasemaid vedeliku ja elektrolüütide tasakaalu häire vanematel inimestel. Eriti on ohustatud sellest dementsed eakad oma kognitiivse defitsiidi ja väljendusraskuste tõttu. Seega on väga oluline haigusnähtude varajane äratundmine, hindamismeetodite kasutamine ja sekkumine vältimaks tõsisist dehüdratsiooni (Bossingham jt. 2005, Mentis 2006).

Dementsel võib olla vähenenud janutunne, suhtlemisraskused ja ta võib unustada juua, mistõttu tema võime omastada vedelikku on halvenenud. Selle tulemusena võib neil tekkida urotrakti infektsioon, mis mõjutab nende haigestumust ja võib põhjustada kukkumisi ja

luumurde. Krooniline vaimne haigus, võime mitte rääkida või aru saada, raskused enda selgestegemisel, võivad soodustada dehüdratsiooni (Archibald 2006). On leitud tugev side dehüdratsiooni, hypernatremia ja dementsuse vahel, samuti seostatakse tunnetusliku funktsiooni muudatusi dehüdratsiooni riskiga. Samas vastupidiselt, dehüdratsioon mõjutab negatiivselt lühimälu ja võimet mõelda või põhjendada oma mõtteid (Chassagne jt.2006, Wotton jt.2008).

Dehüdratsioon tekib vedelikukao või ebapiisava vedeliku tarbimise tulemusel ja selleks võib olla kaks põhjust. Esimene põhjus on vee defitsiit või hüpernatremia, kus veres on naatriumi liig. Selline dehüdratsioon võib jääda pikalt avastamata, kuna vähesed muutused vererõhus ja naatriumi tasemes tekivad aeglaselt. Samas janu tunne võib olla olemas. Teiseks põhjuseks on naatriumi defitsiit ehk hüponatremia, mille puhul esineb samaaegne vee puudus. See esineb ulatusliku vedeliku kao tulemusel, näiteks oksendamise ja kõhulahtisuse. Eriti tundlikud dehüdratsiooni suhtes on hooldekodus elavad dementsed eakad, kes unustavad juua, neil on väiksem joogivalik ning nad ei suuda verbaalselt väljendada janu (Archibald 2006, Mentis 2006, Wotton jt.2008).

Dehüdratsioon võib olla äge või krooniline. Äge dehüdratsioon on erakorraline probleem, mis vajab kohest ravi. Krooniline dehüdratsioon on pikemaajaline vedelikutasakaalu häire ja jääb sageli märkamata, mille tagajärjeks võib olla ravimite imendumishäired, deliirium ning suurenenud suremuse risk. Kroonilise dehüdratsiooniga dementsed eakad on vastuvõtlikumad väikestele keskkonnast tingitud ja füüsilistele stressoritele, mis soodustavad dehüdratsiooni ja sellega seotud terviseprobleeme. Näiteks higistamisest tingitud vedelikukadu võib olla küll väike, kuid on märkimisväärne palavikus patsientide või nende patsientide puhul, kes asuvad soojades või ülekoetud osakondades või hooldekeskustes (Archibald 2006, Mentis 2006).

Dehüdratsiooni sümptomid eakatel patsientidel on tagasihoidlikumad kui noorematel ja pole sageli tähelepanndavad enne kui on juba süvenenud, mistõttu erilist tähelepanu tuleb pöörata vedelikutarbimisele, naha turgorile, uriini värvusele ja hulgale. Kerge dehüdratsioon ehk 1-2% kehamassist ei pruugi vähendada veel kehalist jõudsust, kognitiivseid funktsioone ja erksust (Amstrong 2005), küll aga vedeliku kaotus 10-15% vahel võib põhjustada neeru-ja südamepuudulikkust, krampe ja lõppeda surmaga (Bryant 2007).

Dehüdratsiooni sümptomid võivad kujuneda aeglaselt või kiirelt, kuid võivad muutuda küllaltki tõsisteks. Sümptomite hulka kuuluvad peavalu, kontsentreeritud uriin ja segasusseisund. Ravimata juhtudel halveneb patsiendi seisund neerupuudulikkuse näol, mis viimaks lõpeb surmaga. Alati ei ole võimalik ära tunda dehüdratsiooni vanemaealistel patsientidel kliinilises kontekstis. Need sümptomid võivad puududa või olla varjatud ja ainult laboratoorsed analüüsid võivad anda kindla diagnoosi. Raskused kliinilises diagnoosis on suuremad dementsetel patsientidel, sest neil lisanduvad muudele sümptomitele veel suhtlemisraskused ja võimalik hälbiv käitumine. Samas võib aga hälbiv käitumine olla dehüdratsioonist tingitud ja selle tagajärjeks kõhukinnisus ja peavalu. Dehüdratsiooni klassikalised sümptomid võivad vanemaealistel patsientidel ka hoopis puududa kuni probleemi süvenemiseni (Archibald 2006, Mentès 2006, Wotton jt.2008, Shimizu jt 2012).

Dehüdratsiooni tulemusena suureneb plasmas naatriumi kontsentratsioon, seerumi osmolaarsus ja kapillaaride hiline täitvusaeg. See avaldab eelkõige mõju higistamisele ja sülje produktsioonile. Füüsilistest tunnustest viitab dehüdratsioonile kõige sagedamini suukuivus. Täheldatud on ka naha turgori langust, aukus silmi, hilist kapillaaride täitvuse aega ja sülje tootlikkuse vähesust. Seda viimast ja suukuivust ei saa aga objektiivselt mõõta, annavad vaid subjektiivset infot ning dementne eakas ei oska neid tundmusi väljendada. Seega on nad madala sensitiivsusega, määramaks dehüdratsiooni. Olulise ja küllaltki täpse dehüdratsiooni määrgina võib käsitleda kuivi kaenlaaluseid ja iseloomulikuks sümptomiks on palavik (Chassagne jt.2006, Shimizu jt.2012).

5. ÕENDUSABI VÕIMALUSED DEMENTSE EAKA TOITUMISEGA KAASNEVATE PROBLEEMIDE LAHENDAMISEL

5.1. Toitumisraskuste hindamine ja mõõtmine

Raskused söömisel, toitmisel ja toitumiskäitumises nõuavad täpset hindamist, et tuvastada muutusi, mis võivad viia alatoitumisele, dehüdratsioonile ja tekitada tüsistusi nagu nahakahjustused, deliirium, varajasem haigestumine ning suremus. Hindamist saab kasutada, et planeerida efektiivseid sekkumisi, leevendamaks puudujääke toitumises ning parandada suukaudset toidu omastamist (Manthrop jt.2003, Aselage 2009). Toitumusliku hindamise tähtsust rõhutavad mitmed autorid (Archibald 2006 Aselage 2009, Watson 2011) aga isegi siis, kui kehtivad üldreeglid toitumise parandamiseks on paigas.

Sageli võivad dementsed inimesed läbida haiglasüsteemi nii, et nende kognitiivne staatus jääb hindamata. Samas on see väga tähtis teatud riskide k.a. alatoitumise ja dehüdratsiooni tuvastamiseks, hindamiseks ja ennetamiseks. Kognitiivsete testide kasutamine (nt. Mini-Mental-Test) võib personalile anda märku võimalikust kahjustuse ulatusest ja vastavalt sellele saab planeerida vajalikku hooldust ning ravi (Wotton jt.2008). Tegelikult peaksid dementsed eakad olema skriinitud juba vastuvõtul haiglasse või hooldekeskusesse, et saaks rakendada ennetamise või sekkumise strateegiaid (Bryant 2007).

Õdesid on küllaltki vähe kaasatud toitumisraskustega seotud valdkonna töösse, samuti toitumisraskusi käsitlevatesse uuringutesse ning seega õdede roll toitumusliku staatuse hindamisel on ebaselge (Watson ja Green 2005). Samuti on ebaselge, kas õed tõepoolest hindavad toitumuslikku staatust või üksnes registreerivad potentsiaalseid probleeme enne meditsiini- ja dieetalal töötavate kolleegide sekkumist. Probleemiks on dieetpersonali vähesus ning see, et õed asuvad „eesliinil“. Intervjueerides õde-juhte Rootsisis selgub, et toitumuslikke hindamisvahendeid kasutatakse harva ning hindamine ei ole järjepidev. Põhjuseks kontrollitud mõõdikute vähesus, ebapiisav aeg toitumiseks, samuti õdede vähene kaasamine multidistsiplinaarse meeskonna töösse (Archibald 2006, Aselage 2009, Chang ja Roberts 2010, Watson 2011).

Amella ja Lawrwnce (2007) ning Aselage (2009) toovad oma töödes välja kaks kõige sagedamini kasutatavat skaalat, mis on välja töötatud hindamiseks spetsiaalselt dementsete söömis- ja toitumiskäitumist sõltumata dementsuse etapist.

Söömiskäitumise skaalal (*Eating Behaviour Scale -EBS*) kasutatakse mõisteid: „võimeline alustama söömist“, „võimeline leidma kogu toidu“, „võimeline hoidma tähelepanu söögil“, „asjakohane söögiriistade kasutamine“, „võimeline hammustama, närima, neelama ilme lämbumisohuta“, ja „võimeline lõpetama söömist“. EBS-i skoor põhineb sõltumatus taseme hindamisel vahemikus 0-18 (täielik sõltumatus – täielik sõltuvus).

Edinburgi dementsete toitumise hindamise skaala (*Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale -EdFED*) on välja töötatud psühhogeriaatria õdede poolt ja testitud põhjalikult hooldekodudes. Kasutatakse seda isikutel, kellel oli keskmine kuni hiline dementsuse staadium. Hinnatakse kümme tegevust (Lisa 1) ja skaalat nullist kaheni: 0- mitte kunagi, 1- vahetevahel, 2- sageli. Võimalik on saada 0-20 punkti. Sellest järeldub, kas patsient on: toetav-õppimisvõimeline, osaliselt mitte hakkamasaav või täielikult mitte hakkamasaav. Kuigi esialgselt oli EdFED-i kasutatud vaid teadusuuringutes, on seda vahendit laialdaselt tutvustatud ja levitatud spetsiaalselt kasutamiseks õdedele ning ka teistele meditsiinitöötajatele kliinilistes oludes. See on läbinud põhjaliku usaldusväarsuse ja kehtivuse testi ning on sobiv eakate dementsete söömis- ja toitumiskäitumise hindamiseks. 2008. aasta augustis kuulutas New York'i Hartfordi Ülikooli Geriaatrilise Õenduse Instituut (HIGN) EdFED-i parimaks praktiliseks instrumendiks hindamiseks eakate dementsete toitumist.

Pivi jt. (2012) soovivad veel küllaltki sageli kasutatavat **MNA** (Mini Nutritional Assessment) testi, mis põhineb 18-1 punktil, sisaldades antropomeetriat, toitumuslikku hindamist, üldist kliinilist hindamist ja tervise enesetunnetust. Seda võib kasutada nii skriininguks kui ka toitumusliku staatuse hindamiseks ning seda kohaldatakse koolitatud tervishoiutöötaja poolt.

5.2. Õendussekkumised dementsuse varajases staadiumis

Õed peaksid olema esimesed, kes märkavad söömise ja toitumise staatuse muutust ning pakkuma abi toitumiskeskuste hindamisel ja uuenduslike toitlustusprogrammide rakendamisel, samuti perekondade õpetamisel ja nõustamisel, missuguseid meetodeid kasutada, et optimeerida patsiendi suukaudset toitumist (Candy jt.2009). Sekkumine söömaega võib anda efektiivseid tagajärgi ja leevendada tüsistusi (Lou jt.2007, Lin jt. 2008).Toitumise keeruka iseloomu tõttu ei ole peamine mitte ainult tarbida adekvaatseid kaloreid, vaid säilitada ka dementsuse eaka isiksuse ja austuse läbi tuttavate rituaalide. Peremustrid üldiselt, religioon ning veedetud puhkehetked võetakse mälu kaasa vanaduseni, seepärast mälestused, kuidas toitu söödi, tuletab vanana meelde naudingut ja tundeid nooruspõlvest (Aselage ja Amella 2009).

Dementsed eakad on isiksused ning üldised (kõikehõlmavad) meetodid on ebaefektiivsed nende aitamiseks. Seega individualiseeritud hindamine ja sellele tuginedes abinõude rakendamine on väga olulised (Watson ja Green 2005). Õed võiksid juhendada ja nõuda hooldajatelt nendepoolsete sekkumiste dokumenteerimist, kuna nemad puutuvad patsientidega kokku kõige rohkem ning teavad kõige paremini viimaste iseärasusi (Ullrich ja McCutcheon 2007). Nii Lin jt.(2008) kui Archibald (2006) leiavad, et hea kvaliteethoolduse tingimus on olla empaatiavõimeline. On oluline suuta ennast panna patsiendi asemele, kui ta vajab abi söömisel ja joomisel. On soovitatud patsiendile toitu andes võtta paralleeliks ema-lapse suhet, kuid kõigile ei ole see vastuvõetav ja on tekitanud eriarvamusi.

Dementsedel eakatel, kellel on säilinud kognitiivne funktsioon, tuleks hooldajaid julgustada patsiente käsitsi söötma. Käsitsi söötmine võtab aga aega ja ressursse, mis ei pruugi alati olla saadaval (Candy jt. 2009). Suukaudset toitumist saab suurendada muutes toidu maitset, koguseid, konsistentsi ja kättesaadavust. Lähtuda tuleks spetsiaalsetest strateegiatest (Watson 2002, Chang ja Lin 2005, Aselage ja Amella 2009, Smith 2011):

1. Tõsta patsient istuma 45° nurga alla.
2. Suutäis olgu väiksem kui teelusikas.
3. Toit olgu tükeldatud või püreestatud.
4. Keelatud on vedelad joogid, konsistents jogurti või kisselli taoline.
5. Kõhatamise julgustamine peale iga suutäie neelamist.

6. Tuleks pakkuda kõrgema kalorsusega toitusid ja vedelikke, samuti toidulisandeid.
7. Pakkuda toitu ajal, mis dementne on kõige ärksam. See ei pruugi küll langeda kokku normaalse söömise ajaga, kuid siiski.
8. Kasutada maitsetugevdajaid, see võib suurendada toidu vastuvõtlikkust ja aidata stimuleerida neelamise mehhanisme.
9. Meeldiva toidu puhul manustada seda suuremas koguses (nt. kohupiim, banaan).
10. Söömaaja pikendamine, et oleks aega närida ja neelata.

Kui inimene ei ole enam võimeline nuga ja kahvlit kasutama, võivad nad toitu näppudega süüa ning on sobiv pakkuda neile vastavaid toite, nt võileivad, vorstid ja pisikesed koogid. Kui dementne ei saa aru, et talle süüa pakutakse, on õrn meeldetuletamine vajalik, näiteks suruda kergelt huultele või lõua alla, silitada rahustavalt või rõõmsameelselt vestelda. On soovitatav kaasata söömisprotsessi ka patsiendi perekonnaliikmeid, see annab neile võimaluse hoolitseda oma lähedaste eest ja tagada parema söömistulemuse (Li 2002, Archibald 2006).

On leitud tõendeid ka selle kohta, et söögilaudade asetuse ja söögitoa dekoratsiooni muutmine võiks parandada suhtumist ja osavõtlikkust söögi suhtes. Leiti, et söögiaegadel kõlav vaikne ja rahustav muusika võib olla edukas ja suhteliselt ökonoomne sekkumine. On viidatud ka asjaolule, et muusika mõjutab ka õendustöötajate käitumist ja toidu serveerimist, pannes neid toidukordadel enam aega veetma dementsete eakatega. Samuti ergutav ja motiveeriv käitumine õdede poolt võib olla edukas parandamiseks dementsete toitumist (Watson ja Green 2005).

Düsfaagia all kannatavaid dementseid söödetakse muudetud tekstuuriga püreetoitudega. Kuid samas esineb olukordi, kui toitumise eest vastutavatel inimestel nii kodudes kui hooldusasutustes jääb puudus aga teadmistest püreetoidu vajalikkusest. Tulemuseks on see, et dementsele eakale pakutakse vale dekstuuriga tahket tükilist toitu, mida ta ei ole suuteline neelama. See võib põhjustada hingamisprobleeme, kurkutõmbamisi jne. (Chang ja Roberts 2008). Küllaltki lihtsate meetodit abil on võimalik säilitada normaalne toitumine. Üheks soovitusena on pakkuda toitu ja vedelikke sageli ja väikeste kogustena. Kuna paljudel dementsetel eakatel on söögiisu alanenud, siis on tõenäolisem neile pakkuda kuus väiksemat söögikorda koos suupistetega kolme suurema asemel. Toidu püreestamisel lisatud vedelik

võib aga lahjendada toitu nii toiteväärtuse kui lõhna ja maitseomaduste poolest. Sel puhul on soovitatav kasutada nii lõhna- kui maitsetugevdajaid (Shmith 2011, Norma 2012).

Kodus aitavad söögikorrad olla emotsionaalselt seotud perega, sest sageli on just söögikorrad n-ö päeva haripunkt, mis annab neile suhtlemist ning sotsiaalset tegevust. Söögikorda võiks kohandada nii, et ülejäänud istuvad lauas, kuni dementne on lõpetanud, hoiavad üleval suhtlust ja julgustavad järgima etiketti nii kaua kui võimalik (Aselage ja Amella 2009). On vaidlus selle üle, mida dementsetele kõige rohkem süüa meeldiks. On teada, et hommikusöögi ajal söövad nad kõige rohkem, kuid võimekuse tase süüa siiski kõigub. On teada, et snäkid/vahepalad söökide vahepeal võivad olla samuti efektiivsed kaalutõstjad olla (Watson 2002).

Dementsete söömiskeskused võivad olla tingitud erinevate õdede vaheldumisest ja nende järjepidevusest. Üks õde viitsib kulutada söötmisele rohkem aega ja oskab probleeme märgata enam, kui teine. On aga raskusi garanteerida, et üks õde toidab iga kord sama dementset patsienti (Chang ja Lin 2005). Samal seisukohal on ka Lin jt. (2008), kes leiavad, et toitumisharjumusi dementsete patsientide hulgas on võimalik parandada läbi püsiva koostöö ühe ja sama hooldajaga.

Alatoitumise vältimiseks peaks vältima madala kalorsusega ning madala rasva- ja suhkrusisaldusega toite ja jooke. Soovitatav on lisada kõrge kalorsusega koostisaineid, tõstmata seega toidu mahtu. Üheks mitmekülgseks toidurikastajaks on kuivatatud piimapulber, mis on oluline valgu- ja energieetikaallikas. Seda saab lisada nii putrudele, kastmetele, kui magustoitudele (White 2008). Mõned dementsed eelistavad magusaid toite ning neid võib ära kasutada muu toidu asendamiseks- tervisliku toitumise idee võib jätta kõrvale, et aidata dementsel vajalikul hulgal kaloreid saada (Watson 2002).

On tõendid, et dieedi täiendamine toidulisanditega parandab dementsete eakate toitumuslikku seisundit olenemata haiguse faasist (Pilvi jt.2012). Eelnevad autorid leidsid, et täiendav 690 kcal päevas viis patsientide kehakaalu paranemisele, brahhiaalse ümbermõõdu suurenemisele ja nahavoldi paksenemisele, mis näitas toitainete täiendamise efektiivsust haiguse igas etapis. Morris (2009) leiab, et homotsüsteiini kontsentratsiooni tõus veres halvendab

kognitiivset seisundit, seega oomega-3 rasvhapete, foolhappe ja B-grupi vitamiinide tarbimine omab kaitsvat mõju olemasolevate oskuste säilimisel.

5.3. Dehüdratsiooni ennetamine

Dehüdratsioon on ennetatav konditsioon (tulemuslik seisund) ja sekkumised on tulemuslikud siis, kui need lähtuvad patsiendispetsiifilistest dehüdratsiooni riskidest (Mentes 2006, Bryant 2007, Wotton jt.2008).

Kuna dementsus võib põhjustada deliiriumi ja muid tervisehäireid, siis dementsete eakate ravis on oluline dehüdratsiooni ennetamine ning patsientide vedeliku tarbimist ja väljutamist organismist tuleks tähelepanelikul jälgida. Soovituslik tarbitava vedeliku hulk dementsusega täiskasvanute jaoks on 1500 ml ööpäevas; sellegipoolest võib olla vajalik täpsem kalkulatsioon, mis arvestab patsiendi pikkust, kaalu ja isiku personaalseid vajadusi. Sageli on patsient füüsiliselt võimeline kuid kognitiivne halvatus piirab nende võimet mäletada juua, mistõttu nad vajavad meelde tuletamist. On leitud, ainuüksi suulise jooma õhutamise peale suurenes vedelikutarbimine märkimisväärselt, samuti lisades erinevate jookide valikut. Kui pühendada vahetuse jooksul viis minutitki vedeliku pakkumisele, ei ole eriti tõenäoline, et see takistab ülejäänud töökohustuste täitmist (Archibald 2006, Mentes 2006).

Kuigi vett peetakse parimaks joogiks, võib seda asendada puuviljamahlade, tee ja kohviga. Samuti võib anda suure veesisaldusega puuvilju (arbuusid, viinamarjad, virsikud) ning köögivilju (tomatid, suvikõrvits, salat). Õed peaksid arvestama patsientide maitse-eelistusi ning hoolitsema selle eest, et saadaval oleks erinevate maitsete laiem valik ja et jooke pakutaks ka toidukordade vahel (Pokk 2010).

Dementsed eakad, kellel on neelamisraskused, tuleks lasta üle vaadata logopeedil. Sellistele patsientidele on soovituslik joomiseks pakkuda paksema viskoossusega vedelikke nagu nektarid, jogurtid, kissellid. On olemas ka spetsiaalsed vedelikupaksendajad jookide hulka segamiseks (Norma 2012). Samuti tuleks varuda piisavalt aega ning kasutada joomist kergendavaid tilaga topse (Bryant 2007).

Paremate kognitiivsete võimetega dementsed väldivad vedeliku tarbimist uriinipidamatuse tõttu. Sellisel puhul on mõttekas asetada voodi WC lähedusse, vajadusel kasutada öösel siibrit ning liigesevalu vähendamiseks ja liikumise parandamiseks manustada valuvaigisteid (Archibald 2006).

Kui dehüdratsiooni sümptomid ja tundemärgid ei vähene pärast oraalset dehüdratsiooni siis tuleks kasutada vedelike manustamist nii nahaaluse koe kaudu kui intravenoosselt. Vedelikena manustatakse tavaliselt 0,9% füsioloogilist lahust ja harvem 5% glükoosilahust. Sageli eksisteerib rehüdratsiooni puhul oht patsiente oraalset üle koormata ja seda eriti nende puhul, kellel on piirangud vedelike suhtes tänu meditsiinilistele näidustustele, nagu südame- ja neerupuudulikkus. Rehüdreerimisel peab õde jälgima, et manustatava vedeliku kogus ei oleks liiga suur ja kiirelt antud, mis võib omakorda tuua kaasa vererõhu tõusu ja kiirendada uriini eritumist, põhjustades tahhükardiat ning kiirenenud hingamist (Bryant 2007).

5.4. Enteraalne toitmine

Mõned kaugelarenenud dementsusega patsiendid kaotavad näljatunde ja võime osa võtta söömisprotsessist (Watson 2002, Michell 2007), kuid siiski võib raske dementsusega inimese jaoks söömine ja joomine pakkuda rõõmu, mida tuleks sel juhul maksimeerida, et tagada optimaalne toitumine ning hüdratsioon (Pivi jt.2012). Iga kord ei ole võimalik dementsuse viimases staadiumis säilitada head toitumust. Sellegi poolest tuleb ärgitada dementseid sööma ja jooma suu kaudu nii kaua kui võimalik (White jt.2008, Smith 2011, Norma 2012).

Söögist keeldumine on dementsel eakatel fundamentaalne probleem. Ei ole teada, kas võimetus süüa tähendab mitte tunnetada nälga või jätavad nad söömata tahtest surra. Mõlemal juhul kui ei jooda või sööda, inimene veetustub ning nälgib surnuks. Esile on kerkinud eetilise dilemma, kas jätkata dementsel söögist keelduva inimese söötmist või mitte. Kui otsus on dementsel söögist keeldujat edasi toita, siis on võimalus, et too inimene hoitakse tema tahte vastupidiselt elus. Tegelikult solvatakse teda pidevalt ilmuva toidu ja joogiga ning pidevate katsetega teda vastutahtmist sööta (Watson 2011). Enteraalne toitmisviis jätab dementsel inimesel ilma võimalusest teistega suhelda. Samuti ei võimalda see nautida toidu maitset, vähendab väärikust ja iseseisvust ning muudab personaalse hoolduse veelgi enam

„instrumentaalseks“ ja ülesandele orienteeritaks (Candi jt.2009).

Otsus dementse inimese sonditoitmise kasuks on alati emotsioone tekitav, vastuoluline ning mõjutatud eetilistest küsimustest nagu kliiniline vajadus, kohalikud tavad, arsti ja hooldaja eelistused ning kas on olemas eelnevaid direktiive või väljaarendatud hooldusplaane. Sagedaseks sonditoitmise põhjenduseks võib olla elu pikendamine alatoitumise korrigeerimise läbi, vähendades aspiratsiooniriski ja alatoitumise tagajärgi nagu lamatised, infektsioon, nälg ja surm, ja/või elukvaliteedi optimeerimine edendades füüsilist mugavust (Li 2002, White 2008, Aselage ja Amella 2009, Candy jt.2009, Pivi jt.2012).

Õed peaksid olema teadlikud sonditoitmise kasulikkuse ning sellega seotud kõrvaltoimete kohta, sest neil lasub ülesanne nõustada sugulasi, tegemaks teadlikke otsuseid ning tegutseda patsiendi huvides (Candy jt.2009).

Kunstliku toitumise ja hüdratsiooni (*Artificial Nutrition and Hydration -ANH*) kasutamine dementsete patsientide puhul on väga vastuoluline ning nõuab eesmärkide kindlakstegemist ja arukate, ratsionaalsete otsuste tegemist. ANH kasutamise üle otsustamine on tõsine väljakutse ning paljud hooldajad võivad teha otsuseid ilma piisava infota ning olla liialt optimistlikud (Candy jt.2009, Pivi jt.2012). Samade autorite nägemuse kohaselt on kunstliku ANH kasutamine näidustatud vaid siis, kui on tõsine oht alatoitumisele, raskendatud neelamisele, mille tagajärjeks võib olla aspiratsioonipneumoonia ning kui suukaudsed toitmismeetodid on täiesti ammendatud. Enteraalseks toitmiseks kasutatakse sagedamini kahte meetodit:

1. Toidu ja vedeliku manustamine nasogastraalsondi kaudu, kus sond on makku viidud läbi nina.
2. Prekutaanne gastrostoom (PEG), mis on üsna levinud, kui toitumisteraapia võib kesta üle kuue kuu.

Sondiga toitumise ajal on soovitatav hoida voodi seljatugi vähemalt 30 ° nurga all. Kui patsient on võimeline suhtlema, küsida, kas esineb mõni järgmistest märkidest: iiveldus, täiskõhutunne, kõhuvalu või krampid. Need märgid viitavad aeglustunud mao tühjenemisele, mis omakorda võib suurendada tõenäosust regurgitatsiooniks (taasväljutamine) või maosisaldise aspiratsiooniks. Kui patsient ei ole suuteline antud märke hindama, on soovitatav

mõõta järelejäänud maosisaldise mahtu 4-6 tunni tagant või siis vahetult enne iga söögikorda. Kui maosisaldise maht on ≥ 250 ml, tuleb kasutada stimuleerivaid ja abistavaid võtteid mao tühjenemiseks (Norma 2012).

Siiski on liialt vähe andmeid, mis viitavad sellele, et sonditoitmine võiks parandada kaugelearenenud dementsuse korral funktsionaalset seisundit, aitaks ära hoida aspiratsioonipneumooniat, vähendada haavandite ja infektsioonide riski ja pakuks patsiendile mugavust. Pigem võib see hoopis suurendada patsiendi kannatusi ja tõsta komplikatsioonide arvu. Sagedasemaks tüsistusteks võivad olla aspiratsioonipneumoonia, söögitoru perforatsioon, sondi koloniseerumine bakteritega, hemorraagia ja haavainfektsioon. Samuti võib sondiga toitmine põhjustada patsiendil ärevust, mis nõuab nii füüsiliste kui keemiliste ohjamismeetodite kasutusele võtmist vältimaks patsiendipoolset sondi väljatõmbamist (Plonk 2005, Candy jt.2009, Li 2002, Aselage ja Amella 2009, Smith 2011, Pivi jt.2012, Pasmaan jt. 2005). Kõik eelnevad autorid nentisid ka, et kaalukaotus süvenes võrdeliselt soniga toitmise sageduse ja kestuse pikenemisega. Teised toitumuslikud näitajad nagu hemoglobiin, hematokrit, albumiin ja kolesterool ei näidanud samuti mingit märkimisväärset paranemist peale sondi paigaldamist ja toitmist. Veel järeldeb Li (2002) oma uurimusest, et 40-st sondiga toidetaval patsiendil leiti 25%-l kaalukaotus, keha rasvaprotsendi langus ja mikrotoitainete vaegus, vaatamata suure koguse enteralse toidu manustamisele. 18 kuu möödumisel ei olnud mitte ühelgi paranenud soole- ega põiefunktsioon, vaimne seisund, kõne, igapäevased tegevused ja mobiilsus. Võimetus süüa tähistab punkti, kus dementne patsient on jõudnud haiguse lõppfaasi, mis võib olla juhitamatu ja lõppeda surmaga isegi vaatamata agressiivsele sekkumisele.

Siiani on arutatud, kas raske dementsusega eakale oleks vaja rakendada ANH-d või mitte, aga vähe on uuritud tagajärgi, eriti ebamugavustunnet. Hollandis viidi läbi uuring dementsete patsientide (190 inimest) seas, kes vaevu või üldse ei söönud-joonud, hindamaks alustada ANH-ga või mitte. 178-l patsiendil loobuti ANH alustamist ja 12-l alustati. Otsus loobuda ANH tehti kõige sagedasemalt tõsise dementsusega patsientide seas. Ebamugavustunnet on küllaltki raske mõõta, sest enamik patsiente on kaotanud võime sõnastada oma tundeid. Kuid mõned vahendid on välja töötatud spetsiaalselt valu ja/või ebamugavuse hindamiseks. Põhineb see näoilme, häälitsuste ja lihaspinge jälgimises, peamisteks väljenduvateks

sümptomiteks lärmakas hingamine, negatiivsed häälotsused, kurb- hirmunud näoilme, pinges kehakeel. Vaadeldakse sagedust, intensiivsust, kestvust. Uuringust järeltus, et patsiendid, kes olid ärkvel, tundsid rohkem ebamugavustunnet kui need, kes magasid. Üle poole patsientidest (59%) surid 1 nädala jooksul pärast otsust loobuda ANH. Ebamugavustunde tase oli kõige kõrgem alguses, kuid langes esimese 5 päeva jooksul pärast ANH-st loobumist ja siis 5 päeva järel tõusis uuesti. Düspnoe ja rahutus olid kõige sagedasemad ebamugavustunde väljendajad, oksendamist ja lihaspinget esines vähestel patsientidel. Meestel oli kõrgem ebamugavusskoor kui naistel. Bensodiasepiinide ja teiste psühhotroopilisi ravimite kasutamine ei mõjutanud märkimisväärselt ebamugavustunnet. Samuti järeldati, et ANH-st loobumist ei seostatud kõrge ebamugavustundega (Pasman jt. 2005).

Õed peaksid olema teadlikud piiratud tõendusmaterjalidest sonditoitmise kasulikkuse ning sellega seotud kõrvaltoimete kohta, sest neil lasub ülesanne nõustada sugulasi tegemaks teadlikke otsuseid ning tegutseda patsiendi huvides (Candy jt.2009).

Vaatamata sondi kaudu toidetavate suurele arvule, vähesele efektiivsusele elulemusele, elukvaliteedile, funktsionaalsetele ja käitumuslikele sümptomitele, tehakse seda siiski. Miks? Arusaadavalt ei taheta söömiskustega patsienti jätta ilma toidu ja joogita ning see on loomulik, et siis tajutakse sonditoitmist kui põhjendatud ja mõistliku lahendusena (Candy jt.2009). Otsust, paigaldada toitmissond, võivad oluliselt mõjutada ka mittekliinilised tegurid. Arstid võivad karta õiguslikke aspekte, samuti seda, et toitmissondita, kuid progresseeruva kaalulanguse ja lamatistega patsient võib mõjuda hooletussejätetuna ning sellest võivad tulla negatiivsed õiguslikud tagajärjed (Plonk 2005, Li 2002).

5.5. Õdede ja hoolduspersonali koolitus

Õdede harimine toitumise ja hindamise alal peaks olema prioriteetne, et tagada parem hoolduse kvaliteet. Õed peavad olema pädevad hindamaks dementsete eakate toitumisraskusi, oskama kasutada hindamisvahendeid ning pakkuma abistamise võimalusi söögiaegadel (Lou jt.2007), samuti olema võimelised juhendama ja nõustama pereliikmeid hooldusprotsessis (Watson 2011).

Üks võimalus söömisraskustega dementseid patsiente aidata, võib olla läbi koolituse suurenda õdede toitmisalaseid teadmisi, käitumist ja hoiakuid. Taiwanis viidi läbi uuring kahes pikaajalises dementsetele spetsialiseerunud asutuses. Uuringus osalevad õed jagati kahte gruppi (31 ravigruppi ja 36 kontrollgruppi). Ravigrupp osales toitumisoskuste treeningprogrammis, mis sisaldas teoreetilist õpet ja nn. käed-külge õpet (õpitud rakendati praktikas), kontrollgrupp aga ei saanud mingit treeningut. Pärast sekkumist oli ravigrupil märkimisväärselt rohkem teadmisi, palju positiivsem käitumine ja hoiak kui kontrollgrupil. Dementsetel patsientidel, kellega tegelesid ravigrupis osalenud õed, oli märkimisväärselt pikem söömise aeg (5-24 min.) kui kontrollgrupi õdede poolt juhendavatel dementsetel (14 min.). Ei olnud märkimisväärselt vahet kahe grupi toidukoguste vahel. Seega toitumisele kuluv aeg, õigete töövõtete kasutamine ja korrapärane järjepidevus erinevate toitjate vahel võivad luliselt tõsta toitmisabi kvaliteeti. Ka pereliikmete ja vabatahtlike külastamine võib sellele kaasa aidata, kuna lähedaste kohalolek pingutab toitjat rohkem (Chang ja Lin 2005).

Toitumiskoolituse positiivset mõju dementsete osakonnas leiavad ka Suominen jt. (2007) oma uuringus. Enne professionaalide koolitust oli dementsete eakate energia päevane kogus 1230 kcal/päevas, pärast aga 1487 kcal/päevas. Energiatarbimine tõusis 21%. Enne koolitust said 1200 kcal/päevas 42,9% elanikest, pärast ainult 9,5% elanikest. Selles vanusegrupis enne koolitust ei saanud elanikest mitte keegi soovitatavat energiataset (1570 kcal), kuid pärast said seda 29%. Elanike proteiinitarbimine tõusis 50,4-lt g/päevas 60,9-le g/päevas. Toitainete tarbimine tõusis samuti, nt. kaltsium 896-lt mg/päevas 1099-le mg/päevas ja foolhape 177-lt mg/päevas 219-le mg/päevas. Kaalutõusu märgati 42%-l elanikel. Professionaalid leidsid, et kõige hõlpsam viis eakate toitumistarbimist hinnata, oli täita toidupäevikuid ja arutada tulemusi eriala- ning toitumisspetsialistidega. Samuti leidsid nad, et on palju kergem kohe

reageerida ning teha õigeid muudatusi elanike toitumises, kuna omasid nüüd fakte ja kindlad teadmisi individuaalse toitumisõpetuse andmiseks.

Toitmise ümber tekkinud küsimused võiksid leida vastused läbi õdede ning läbi tõendus põhise praktika töötada välja juhised peredele ja hooldusasutustele (Watson 2011). Õed leiavad, et neid on liialt vähe kaasatud toitumisprobleemide lahendamisse. Multidistsiplinaarne meeskond, kuhu kuuluvad geriaater, füsioterapeut, logopeed ja psühholoog, on valdkond, kuhu õdesid ei ole eriti kaasatud. Samas puutuvad õed dementse eaka probleemidega hoopis sagedamini kokku kui eelnimetatud spetsialistid ning nende tähelepanekud ja teadmised oleks suureks abiks toitumiskustega seonduvate küsimuste lahendamisel (Watson ja Green 2005).

6. ARUTELU

Käesoleva töö eesmärgiks oli kirjeldada dementse eaka toitumisega seotud peamisi terviseriske, milledeks on alatoitumine ja dehüdratsioon ning õendusabi võimalusi nende vähendamisel ja ennetamisel. Autor peab teema uurimist oluliseks, kuna dementsete arv pidevalt kasvab, samas ei ole õdedel ja hooldajatel piisavalt teadmisi ja oskusi märkamaks ning seeläbi ennetamaks võimalikke tervise seisundi muutusi. Samas näeb ta just õendus- ja hoolduspersonali sekkumisel olulist rolli.

Dementsete eakate üheks toitumist mõjutavaks teguriteks on kognitiivsete võimete vähenemine, mis avaldub keelelise väljenduse raskustes, otsustusvõime ja sihipärase tegevuse nõrgenemises. Need muutused võivad tekkida juba haiguse varases staadiumis, isegi enne diagnoosimist ja sageli jäävad nad teenindavale personalile märkamatuks. Ojala (2009) leiab, et harilikult kaasneb või eelneb tunnetusprotsessi häiretega ka emotsionaalne pidurdatus, tuues sageli kaasa meeleolu- ja käitumishäireid. Dementsed eakad võivad söömise täielikult unustada või vastupidiselt unustada, et nad on juba söönud. Raskusi võib esineda söömise alustamisega või kui nad hakkavad sööma ja kui esineb mingeid häirivaid asjaolusid, ei õnnestu alati söömist lõpetada. Sageli ei ole nad võimelised ütleva, et neil on kõht tühi või et nad vajavad abi söömisel, samuti seda, et nad vajavad rohkem aega närimiseks ja neelamiseks. Tihti võib esineda neil raskusi toidu tükeldamisel, pakendite avamisel, joogikruusi tõstmine.

On leitud, et keskkonna muutus mõjutab oluliselt dementse eaka toitumisprobleeme. Söömishäired võisid esineda ka juba varem, aga uues keskkonnas nad võimenduvad. Samuti teistsuguse seltskonna tajumine, muutunud söögiajad, toidu maitse erinevused tekitavad võõristust ja võivad olla ka kultuuriliselt sobimatud. Dementsel eakal on eriti raske muuta elukestvaid toitumisharjumusi, kuna muutuste põhjused on talle arusaamatud (Holmes 2006). Sageli võivad söömine ja joomine olla raskendatud ning ebaturvaline düsfaagia tõttu. Samuti võib üheks toidust ja veest keeldumise põhjuseks olla hirm lämbumise ees. Kõige tavalisemaks düsfaagia tüsistuseks on alatoitumus ja aspiratsioonipneumonia, viimane on ka üks sagedasemateks surma põhjusteks. Kyle (2011) ja Norma (2012) hinnangul esinevad

kuni 45% hooldusasutuses elavatel dementsedel neelamisraskused ja paljud neist on hilises dementsuse staadiumis.

Dementsusega võivad 50-75%-l haigestunutest kaasnedavad erinevad meeleoluhäired. Sagedamini on esiplaanil depressiivsed ilmingud, mida esineb 10%-l mõõduka dementsuse juhtudel ja 5,3%-l raske dementsuse juhtudel. Erkinjuntti jt.(2007) leiavad et kõige enam moodustuvad dementsusega kaasnevatest meeleoluhäiretest masendus (60-80%) ja unehäired (60-70%). Üheks stressi tekitavaks faktoriks võib olla valu, nii emotsionaalne kui füüsiline ning väljendusraskuste tõttu jääb see personalile tihti märkamatuks ja söömisest keeldumist tõlgendatakse mitmeti.

Paljud autorid toovad välja alatoitumise suure esinemissageduse hoolekandeesutustes ja põhjuseks personali vähese teadlikkuse ning toitmisele kulutatud ebapiisava aja (Loy jt. 2007, Koopmans jt.2007, Lin jt.2008, Aselage ja Amella 2009, Saunders 2010, Smith 2010). Lõputöö autori arvamus ühtib eelnevatega, tuginedes oma tööalasele kogemusele. Sageli tahetakse toitmisega kiiresti ühele poole saada, et aega kokku hoida. Küllaltki tihti ei jätku hooldajatel kannatust patsiendiga rahulikult rääkida ja iga süütäis järgneb eelnevale liiga kiiresti. See tekitab rahutust, pingesolekut ja tihti sülitavad nad toidu hoopis välja. Harvad ei ole ka need momendid, kus sellega toitmine lõpetataksegi. See tähendab aga ainult osalist toitainete kättesaamist ning kui selline toitmisprotsess peaks olema pidev, viibki see lõpuks alatoitumise ja dehüdratsioonini. Kuna palju oleneb personali teadlikkusest toitumiskeskuste patsientide teenindamisel, samuti empaatiavõimest, on oluline pidevalt tõsta hooldajate ja õdede teadmisi selles valdkonnas läbi erinevate koolituste. Samuti on vajalik piisav arv töötajaid, et nad saaksid rahulikult tegeleda iga tööprotsessi lõiguga.

Alatoitumise peamiseks riskiteguriks nähakse sõltuvust söömisel, sama põhjuse toob välja Lou jt. (2007), kelle uuringust selgub, et 34-l uuringus osalenud dementsel patsiendil märgati kaalukaotust 44%-l viimase 5 aasta jooksul ja 92% oli kaalu kaotanud käimasoleval aastal. Alatoitumise sagedasemateks tunnusteks on kahheksia ja kaalulangus.

Toitumiskeskuste hindamine on oluline planeerimaks efektiivseid sekkumisi, leevendamaks puudujääke toitumises ning parandamiseks suukaudset toidu omastamist (Manthrop jt.2003, Aselage 2009). Rootsi õdede küsitlusest selgub aga, et toitumuslikke hindamisvahendeid

kasutatakse harva ning hindamine ei ole järjepidev. Põhjuseks toovad nad mõõdikute vähesuse ja ebapiisava aja toitmiseks. Kirjanduse põhjal selgub, et kolm enamlevinumat hindamisskaalat on: Söömiskäitumise skaala - *Eating Behaviour Scale (EBS)*. Edinburgi dementsete toitumise hindamise skaala - *Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale (EdFED)* ja MNA (Mini Nutritional Assessment) test.

Candy jt.(2009) leiavad, et õed peaksid olema esimesed, kes märkavad söömise ja toitumise staatuse muutust ning pakkuma abi tootumiskuste hindamisel ja uuenduslike toitlustusprogrammide rakendamisel. Veel leitakse, et üldised meetodid on ebaefektiivsed nende aitamiseks, kasuks tuleb individuaalne hindamine. Alatoitumise diagnoosimise üheks tähtsamaks kriteeriumiks peetakse KMI ja antropomeetrilisi mõõtmisi. Esineb ka laharvamusi. Cook jt.(2005) hoiatavad, et KMI ei pruugi olla piisavalt tundlik indikaator, tursed ja dehüdratsioon võivad raskendada kaalulanguse hindamist, samuti ei näita ta, kas tegemist on rasva-või lihasmassi kaotusega. Seetõttu soovitavad teadlased kaalu jälgimisel kombineerida objektiivsed mõõtmisi, kliinilist läbivaatust, haiguslugu ja biokeemilisi markerid.

Dementse eaka söömiskustega toimetulekuks on välja toodud päris palju erinevaid soovitusi. Nendel, kellel on säilinud kognitiivne funktsioon, tuleks hooldajaid julgustada patsiente käsitsi söötma, kuigi see võtab aega ja nõuab lisaressursse. Kui inimene ei ole enam võimeline nuga ja kahvlit kasutama, võivad nad toitu ka näppudega süüa, kasuks tuleb ka toidu tükeldamine. Toidu maitset saab meeldivamaks muuta maitsetugevdaja lisamisega, aidates stimuleerida neelamise mehhanisme. Kasuks tuleb kõrge kalorsusega toitute ja jookide pakkumine, soovitatav on ka toidulisandite kasutamine. Pilvi jt.(2012) on leidnud, et täiendav 690 kcal päevas viis patsientide kehakaalu paranemisele ja brahhiaalse ümbermõõdu suurenemisele. Oluline on söömaaja pikendamine, et oleks aega närida ja neelata. Düsfagiaga patsientidel peaks olema toit püreestatud, keelatud on vedelad joogid, soovitatav konsistents peaks olema jogurti taoline. On tõendeid ka selle kohta, et söögilaudade asetus, söögitoa dekoratsioon ja söögiaegadel kõlav vaikne muusika võib olla edukas ja suhteliselt ökonoomne sekkumine. Küllaltki efektiivseks kaalutõstjaks võivad olla söömiste vahepeal pakutavad snäkid/vahepalad. Ka enda kogemus näitab, et dementsed eakad võtavad meelsasti

vastu söögivaheaegadel pakutavaid „ näkse“ ja ärgitavad oma eeskujuga seda tegema ka halvema söögiisuga kaaslasi.

Kui dementne ei ole suuteline enam sööma, tuleb langetada otsus kunstliku toitmise suhtes. See on alati emotsioone tekitav, vastuoluline ning mõjutatud eetilistest küsimustest. Candy jt. (2009) ja Pivi jt. (2012) nägemuse kohaselt on kunstlik toitmine näidustatud vaid siis, kui on oht tõsisele alatoitumisele ja raskendatud neelamisele, mille tagajärjeks võib olla aspiratsioonipneumoonia ning kui suukaudsed toitmisemeetodid on täiesti ammendatud. Enteraalseks toitmiseks kasutatakse sagedamini kahte meetodit, mille puhul toidu ja joogi manustamine toimub läbi nasogastraalsondi või perkutaanse gastrostoomi. Enamik, seda teemat käsitlevate autorid aga ei leia, et sonditoitmine võiks parandada kaugelearenenud dementsuse korral funktsionaalset seisundit, aitaks ära hoida aspiratsioonipneumooniat ning vähendada infektsioonide riski. Pigem võib see hoopis suurendada patsiendi kannatusi ja tõsta komplikatsioonide arvu. Küllaltki palju on vaieldud selle üle, miks seda siis tehakse? Seisukohad on enamvähem sarnased ja ka mõistetavad. Arusaadavalt ei taheta söömiskustega patsienti jätta ilma toidu ja joogita, selline patsient võib tunduda hooletussejätuna. Küllaltki sageli kardetakse ka omaste süüdistusi ja õiguslikke aspekte.

Dehüdratsioonist on eriti ohustatud dementsed eakad, kes oma kognitiivse defitsiidi ja väljendusraskuste tõttu ei oska tihti väljendada janu tunnet, samuti võivad nad joomise lihtsalt unustada. Dehüdratsiooni sümptomid (peavalu, kontsentreeritud uriin, segasusseisund) võivad kujuneda aeglaselt või kiirelt, kuid võivad muutuda küllaltki tõsisteks (Chimizu 2012), ravimata juhtudel võib lõppeda neerupuudulikkusega. Shimizu jt. (2012) ja Chassagne (2006) leiavad, et füüsilistest tunnustest viitab dehüdratsioonile kõige sagedamini suukuivus. Samuti täheldavad nad naha turgori langust, aukus silmi, hilist kapillaaride täituvuse aega ja sülje tootlikkuse vähesust.

Ööpäevase vedeliku tarbimisel tuleks arvestada patsiendi pikkust, kaalu, ja isiku personaalseid vajadusi. Soovituslik kogus võiks olla 1,500 ml ööpäevas. Kuna dementne eakas võib unustada joomise, vajab ta sageli meeldetuletamist. Archibald (2006) on leidnud, et ainuüksi suulise jooma õhutamise peale suurenes vedelikutarbimine märkimisväärselt ning kui pühendada vahetuse jooksul viis minutitki vedeliku pakkumisele, ei ole eriti tõenäoline, et

see takistab ülejäänud töökohustuste täitmist. Vett võib asendada ka puuviljamahlade, tee ja kohviga. Samuti võib anda suure veesisaldusega puuvilju (arbuusid, viinamarjad, virsikud) ning köögivilju (tomatid, suvikõrvits, salat). Lõputöö autor on märganud oma töökogemuse ajal korduvalt kappidel ning söögilaudadel tühje veeklaase. See ei tähenda seda, et patsient oleks selle tühjendanud, vaid see on jäetud täitmata liigse urineerimise kartuses. Mähkmete või voodipesu vahetus on aga lisakoormus hoolduspersonalile.

Mitmete autorite arvamuse kohaselt on nii meditsiini kui hoolduspersonalil vähene teadlikkus üks dementse eaka toitumisprobleeme mõjutavaks teguriks, siis nähakse üheks aitamisvõimaluseks läbi koolituse suurenda õdede toitmisalaseid teadmisi, käitumist ja hoiakuid. Mitme autori uurimuse tulemusena selgub, et õdede ja hooldajate koolitamise järgselt tõusis patsientide päevane toidu kaloraaž ja suurenes kehakaal, samuti pikenes söömisele kulunud aeg.

Lõputöö autor nõustub autoritega, kes rõhutavad dementse eaka väärrika kohtlemise tähtsust ning leiavad, et toitumise keeruka iseloomu tõttu ei ole peamine mitte ainult tarbida adekvaatseid kaloreid, vaid säilitada ka dementse eaka isiksus ja austus läbi tuttavate rituaalide.

Kuna dementsete eakate arv kasvab pidevalt, siis toitumisalaste teadmiste ja muutunud tervise seisundi hindamisoskus on üheks olulisemaks aspektiks alatoitumise ja dehüdratsiooni ennetamisel. Töö autor leiab, et lähtuvalt probleemi aktuaalsusest, oleks soovituslik edasi uurida:

1. dementsete eakatega töötavate õdede teadmiste ja koolitusvajaduste väljaselgitamine nende nägemuse kohaselt.
2. Kuna dementsete eakate individuaalne hooldus on aeganõudev ja toitumisprobleemide tekkes tuuakse ühe põhjusena välja hooldajate ajapuudust, siis edasiste uurimistöde käigus tuleks keskenduda hoolduspersonalil optimaalse hoolduskoormuse väljaselgitamisele.

7. JÄRELDUSED

Dementsusega seotud tunnetushäirete, füüsiliste ja meelepuuete tõttu võib söömisvajadus olla mittetunnetatav, mõjutades oluliselt dementse eaka toitumisülesande alustamist ja lõpuleviimist. Keskkonnavaheetus, meeleoluhäired ja emotsionaalsed muutused mõjutavad oluliselt dementse eaka toitumisprobleeme. Eriti raske muuta elukestvaid toitumisharjumusi, kuna muutuste põhjused on talle arusaamatud. Sageli võivad söömine ja joomine olla raskendatud ning ebaturvaline düsfaagia tõttu. Suur hulk väljaõppeta personali ja ebapiisav aeg söögikordade jaoks on olulisemaks barjääriks hooldeasutuste toitumisprogrammis.

Dementsete eakate toitumisega seotud kaks peamist terviseriski on alatoitumus ja dehüdratsioon. Alatoitumise tekkeks ei ole üht ja ainust põhjust, vaid on suur hulk tegureid, mis omavahel seotult mõjutavad üksteist. Peamiseks riskiteguriks nähakse söltuvust söömisel, alatoitumise sagedasemateks tunnusteks on kahheksia ja kaalulangus, mis lisanduvat kopsupõletikuga on sagedasemad surma põhjustajad lõppjärgus olevate dementsete patsientide seas. Alatoitumise diagnoosimise üheks tähtsamaks kriteeriumiks peetakse KMI ja antropomeetrilisi mõõtmisi, soovituslik oleks neid kombineerida kliinilist läbivaatuse, haigusloo ja biokeemiliste markeritega. Dehüdratsioonist on eriti ohustatud dementsed eakad, kes oma kognitiivse defitsiidi ja väljendusraskuste tõttu ei oska tihti väljendada janutunnet, samuti võivad nad joomise lihtsalt unustada. Põhjuseks, miks dehüdratsioon viimase kümnendi jooksul ei ole vähenenud, peetakse oskamatuset märgata dehüdratsioonile viitavaid tunnuseid ja väljatöötatud mõõdikute vähest kasutamist nii omaste kui hoolduspersonali poolt.

Õed peaksid olema esimesed, kes märkavad söömise ja toitumise staatuse muutust ning pakkuma abi toitumiskeskuste hindamisel ja uuenduslike toitlustusprogrammide rakendamisel, samuti perekondade õpetamisel ja nõustamisel. Kuna dementsed eakad on isiksused ning üldised (kõikehõlmavad) meetodid on ebaefektiivsed nende aitamiseks, tuleks rakendada individualiseeritud hindamist ja sellest tulenevalt abinõude rakendamist. Iga kord ei ole võimalik dementsuse viimases staadiumis säilitada head toitumust. Sellegi poolest tuleb ärgitada dementseid sööma ja jooma suu kaudu nii kaua kui võimalik. Alatoitumise vältimiseks peaks vältima madala kalorsusega ning madala rasva- ja suhkrusisaldusega toite ja

jooke. ANH(*Artificial Nutrition and Hydration*) kasutamine on näidustatud vaid siis, kui on tõsine oht alatoitumisele, raskendatud neelamisele, mille tagajärjeks võib olla aspiratsioonipneumoonia ning kui suukaudsed toitmismeetodid on täiesti ammendatud. Siiski on liialt vähe andmeid, mis viitavad sellele, et sonditoitmine võiks parandada kaugelearenenud dementsuse korral funktsionaalset seisundit, aitaks ära hoida aspiratsioonipneumooniat, vähendada haavandite ja infektsioonide riski ja pakuks patsiendile mugavust.

ALLIKALOEND

Amella, E.J., Lawrence, J.F. (2007). Eating and feeding issues in older adults with dementia: Part I: Assessment. *Best Practices in Nursing Care to Older Adults with Dementia*, D11. 1. http://consultgerim.org/uploads/File/trythis/try_this_d11_1.pdf

Amstrong, L. (2005). Hydration Assessment Techniques. *International Life Sciences Institute*, 63(6): 40–54. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16028571>

Archibald, C. (2006). Meeting the nutritional needs of patients with dementia in hospital. *Nursing Standard*, 20(45): 41-45.

Archibald, C. (2006). Promoting hydration in patients with dementia in healthcare settings. *Nursing Standard*, 20, (44): 49-52.

Aselage, M. (2009). Measuring mealtime difficulties: eating, feeding and meal behaviours in older adults with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5-6): 621–631.

Aselage, M., Amella, J. (2009). An evolutionary analysis of mealtime difficulties in older adults with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2): 33–41.

Armolik, A., Kiik, R. (2011). Dementsusega eakate hoolduse olukord üldhooldekodus Tartu maakonna näitel. *Sotsiaaltöö*, 1: 44-55.

Bossingham, M., Carnell, N., and Campbell, W. (2005). Water balance, hydration status, and fat-free mass hydration in younger and older adults. *American Journal of Clinical Nutrition*; 81(6): 1342–1350.

Bryant, H. (2007). Dehydration in Older People: Assessment and Management. *Emergency Nurse*, 15(4): 22-26.

- Candy, B., Sampson, E., L., Jones, L. (2009). Enteral tube feeding in older people with advanced dementia: Findings from a Cochrane systematic review. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(8): 396-404.
- Chang, C., Roberts, B. (2008). Feeding difficulty in older adults with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 17(17): 2266 – 2274.
- Chang, C., Roberts, B. (2010). Malnutrition and feeding difficulty in Taiwanese older with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16): 2153–2161.
- Chang, C.C., Li-Chan, L. (2005). Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients. *Journal of Clinical Nursing*, 14(10): 1185–1192.
- Chassagne, P., Druésne, L., Capet, C., Me´nard, J. (2006). Clinical Presentation of Hyponatremia in Elderly Patients: A Case Control Study. *Journal The American Geriatrics Society*, 54:1225–1230.
- Cole, D. (2012). Optimising nutrition for older people with dementia. *Nursing Standard*, 26 (20): 41-48.
- Cook, Z., Kirk, S., Lawrenson, S., Sandford, S. (2005) Use of BMI in the assessment of undernutrition in older subjects: reflecting on practice. *Proceedings of the Nutrition Society*, 64(3): 313–317.
- Jordan, A., Regnard, C., Brien, J., Hughes, J. (2011). Pain and distress in advanced dementia: Choosing the right tools for the job. *Palliative Medicine*, 26(7): 873–878.
- Eisenstadt, E., S. (2010). Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. *American Academic Nurse Pract*, 22(1): 17-22.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. (2007). Mäluhäired. Tallinn: AS Medicina.

Depression: Early warning of dementia? (2012). Harvard Women's Health Watch.

http://www.health.harvard.edu/newsletters/Harvard_Womens_Health_Watch/2012/October/

(15.02.2013).

Holmes, S. (2006). Barriers to effective nutritional care for older adults. *Nursing Standard*. 21(38): 50-54.

Koopmans, R., T., C., Sterren, K., J., M., Steen, J., T. (2007). The 'natural' endpoint of dementia: death from cachexia or dehydration following palliative care? *Journal Geriatr Psychiatry*, 22(4): 350–355.

Kurvits, T. (2011). Alatoitumise risk ja selle ennetamine eakatel. Tartu Tervishoiu Kõrgkool, õe õppekava. Tartu. Lõputöö.

Kyle, G. (2011). Managing dysphagia in older people with dementia. *British Journal of Community Nursing*, 16(1): 6-10.

LeCleric, C. M., Wells, D.L., Sidani, S., Dawson, P., Fay, J. (2004). A Feeding Abilities Assessment for Persons With Dementia. *Alzheimer's Care Quarterly* 5(2): 123-133.

Lin, L.C., Watson, R., Wu, S.C. (2008). What is associated with low food intake in older people with dementia? *Journal of Clinical Nursing*, 19(1/2): 53-59.

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.

Li, I. (2002). Feeding Tubes in Patients with Severe Dementia. *American Family Physician*; 65(8): 1605-1610.

Linnamägi, Ü., Vahter, L., Jaanson, K., Tomberg, T., Lüüs, S.M., Gross-PajuK., Kreis, A. Toomsoo, T. (2006). Dementsuse Eesti ravi-, tegevus- ja diagnostikajuhend. Tartu: L. Puusepa nimeline Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts.

https://www.arst.ee/UserFiles/ArstDokumendid/Dementsuseravijuhend06_2.pdf

Manthorpe, J., Eden, A. (2003). Early recognition of dementia by nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44(2): 183–191.

Mentes, J. (2006). Oral hydration in Older Adults: Greater awareness is needed in preventing, recognizing, and treating dehydration. *American Journal of Nursing*, 106 (6): 40-49.

Mitchell, S., L. (2007). A-93- Year Old Man With Advanced Dementia and Eating Problems. *Journal of America Medicae Association*, 298 (21): 2527-2536.

Morris, M.,C. (2009). The role of nutrition in Alzheimer's disease: epidemiological evidence. *European Journal of Clinical Nutrition*, 16(1): 1–7.

Norma, A. (2012). Preventing Aspiration in Older Adults with Dysphagia. *American Journal of Nursing*, 108(2): 40-48.

Ojala, A. (2009). Dementsusega patsiendi seisundi hindamining õendusprobleemid ja õendustegevus lähtuvalt elamistoimingutest. Tartu tervishoiu Kõrgkool, õe õppekava. Tartu. Lõputöö.

Pasman, H., Onwuteaka-Philipsen, B., Kriegsman, D., Ooms, E., Ribbe, S., Wal, G. (2005). Discomfort in Nursing Home Patients With Severe Dementia in Whom Artificial Nutrition and Hydration Is Forgone. *Arch Intern Med.*, 165(15): 1729-1735.

Pivi, G., A., Bertolucci, p., H., Schultz, R. (2012). Nutrition in Severe Dementia. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012(5): 1687-7071.

Plonk, W., M. (2005). To PEG or Not To PEG. *Practical Gastroenterology*, 29 (7): 19-36.

Pokk, S. (2010). Dehüdratatsiooni risk ja ennetamine institutsionaalsel hooldusel olevatel eakatel. Tartu Tervishoiu Kõrgkool, õe õppekava. Tartu. Lõputöö.

Saunders, J., Smith, T. (2010). Malnutrition: causes and consequences. *Clinical Medicine*, 10(6): 624-627.

Shimizu, M., Kinoshita, K., Hattori, K., Ota, Y., Kanai, T., Kobayashi, H., Tokuda, Y. (2012). Physical signs of dehydration in the elderly. *Internal Medicine*, 51(10): 1207-1210.

Smith, A. (2011). A brief overview of dietetic issues for people with late stage dementia. *British Journal of Community Nursing*, 16(5): 6-12.

Suominen, M., Kivisto, S., Pitkala, K. (2007). The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61(10): 1226–1232.

Tulva, T. (2008). Eakate vananemise kogemused Eestis ja Soomes. Artiklite kogumik. Tallinn: TLÜ kirjastus.

Ullrich, S., McCutcheon, H. (2007). Nursing practice and oral fluid intake of older people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21): 2910–2919.

Uriko, A. (2008). Düsfaagia taastusravi ajuinsuldiga patsientidel. *Eesti Arst*, 87: 37–44.

Watson, R. (2002). Eating difficulty in older people with dementia. *Nursing Older People*, 114(3): 21-25.

Watson, R. (2011). Editorial: Nutrition and older people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 20(4): 303–304.

Watson, R., Green, S. M. (2005). Feeding and dementia: a systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 54 (1): 86-93.

White, G. N., O'Rourke, F., Ong, B. S., Cordato, D. J., Chan, D.K. (2008).

Dysphagia: causes, assessment, treatment, and management *Academic Journal Geriatrics*, 63(5): 15-20.

Wotton, K., Crannitch, K., Munt, R. (2008). Prevalence, risk factors and strategies to prevent dehydration in older adults. *A Journal for the Australian Nursing Profession*, 31(1): 44-56.

LISAD

Lisa 1

Edinburgi dementsete toitumise hindamise skaala

1. Kas patsient vajab pidevat järelvalvet toitmise ajal?
2. Kas ta vajab füüsilist abi söömisel?
3. Kas söömisel loksud toitu maha?
4. Kas patsient keeldub söögist?
5. Kas söötmise ajal pöörab patsient pea ära?
6. Kas ta keeldub suud avamast?
7. Kas sülitab toidu välja?
8. Kas patsient kaldub toitu alles jätma?
9. Kas patsient jätab suu lahti, lubades toidul välja valguda?
10. Kas ta keeldub neelamast?

Uurismustöös kasutatud teadusartiklite väljavõtuleht

Lisa 2

Autor, aasta, väljaanne, riik	Pealkiri	Uurimisprobleem	Eesmärk, ülesanded	Uurimistöö tüüp	Populatsioon, valim	Andmete kogumise meetod	Andmete analüüsimeetod	Olulisemad tulemused	Järeldused
Amella, E.J., Lawrence, J.F. (2007). <i>Best Practices in Nursing Care to Older Adults with Dementia</i> , D11.1.	Eating and feeding issues in older adults with dementia: Part I: Assessment.	Hospitaliseeritud dementsedel eakatel on suurenenud risk ebapiisavaks toidu ja vedeliku tarbimiseks. Kognitiivse kahjustuse tõttu ei ole suutelised nad oma vajadusi väljendama ning teenindav personal ei pruugi neist aru saada.	Millised teadmised ja sekkumised aitaksid paremini mõista dementsel patsienti ja ennetades seeläbi alatoitumise riski.	Kirjanduse ülevaade	Hospitaliseeritud eakad, kellel on diagnoositud dementsus.	Kirjanduse otsingul töötati läbi 11 teadusartiklit.	Ernevate autorite seisukohti analüüsiti, olulisemate tulemuste väljatoomine.	Võõras, harjumata keskkond, võõrad inimesed tekitavad segadust ja seeläbi võimendavad toimetulekut söömisel veelgi. Dementsete söömisraskuste hindamine on oluline ja samas ka väga keeruline. Tuuakse välja üks laialdasemalt kasutusolev söömisraskuste hindamise test: EdFED, mis on sobiv ja lihtne käsitleda.	Õed ja hooldajad peaksid olema teadlikud dementsel patsiendi võimalikest kognitiivsetest muutustest, lisainformatsiooni peaks küsima omastelt. Söömisraskuste hindamine on oluliseim alatoitumise ennetamisel.

Archibald, C. (2006). <i>Nursitig Standard</i> , 20, 44, 49-52.	Promoting hydration in patients with dementia in healthcare settings.	Dementsetest eakatest kannatab dehüdratsiooni all ligi 25%, peamiseks põhjuseks kognitiivset võimete langemine.	Suurendada õdede oskust tunda ära dehüdratsiooni sümptomeid ja seega neid õigel ajal ennetada.	Kirjanduse ülevaade	Dementsed eakad	Uuriti erinevaid artikleid, kasutades otsingusõnu: dehüdratsioon, dementne eakas, akuuthooldus.	Erinevate autorite tulemuste väljatoomine.	Dementsel eakal võib olla vähenenud janutunne, ta võib unustada joomise seoses kognitiivsete võimete alanemisega. Seega peaks teenindav personal oskama jälgida vähenenud janutunnetust, neelamisraskusi ja teisi piiranguid, mis raskendavad vedelikutarbimist.	Dementsete eakate adekvaatse hüdreerimise edendamises on kõige olulisem personali koolitamine.
Archibald, C. (2006). <i>Nursitig</i>	Meeting the nutritional needs of patients with	Haiglates ei pöörata sageli toitumisele suurt tähelepanu,	Õdede teadmiste suurendamine dementsusest, dementse	Kirjanduse ülevaade.	Erinevate haiglate dementsed patsiendid ja	Materjali otsimisel on kasutatud järgmisi	Autor on teinud kokkuvõtte erinevate autorite	Ebapiisavaks toitumiseks on erinevaid põhjuseid: pakutud toidu tüüp	Õdede ja teenindava personali teadlikkuse

Standard, 20, 45, 41-45.	dementia in hospital.	esmajärjekorras tehakse ära teised protseduurid ja hooldustööd.	patsiendi abistamine söömistulemuste parandamisel.		neid teenindav personal.	märksõnu: dementne eakas, haiglatoitlustamine, toitumine ja dieet.	uurimuste põhjal.	on erinev senisest, uus keskkond, rahutus, personali vähene teadlikkus dementsusest ja patsiendi söömisvajadustest.	tõstmisega dementsse patsiendi eripäradest aitab kaasa toitumusliku staatuse parandamisele, parandades seeläbi ka ravitulemusi.
Aselage, M. (2009). <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 19:621-631.	Measuring mealtime difficulties: eating, feeding and meal behaviours in older adults with dementia.	Raskused söömisel, ja toitumiskäitumis es nõuavad täpset hindamist, et tuvastada muutusi, mis võivad viia alatoitumuse ja dehüdratsioonini.	Hinnata dementsete eakate toitumiskäitumise läbi söömise ja toitumiskäitumise selgitamiseks väla hindamisinstrumentide kvaliteeti ja otstarbekust	Integreeritud (lõimitud) ülevaade	Hinnati 12 instrumenti	Andmeid koguti erinevatest andmebaasidest, kasutades toitumisega kaasnevate sõnade kombinatsioone	Analüüsiti erinevate mõõdikute kasutamise käepärasust, lihtsust, kasutamist praktikas.	Kõik 12 olid erinevates väljatöötamise etappides, enamik neist olid välja töötatud õdede poolt.	12-st olid läbinud usaldusväärse testimise. Praktikas kasutati enam EdFED, mis on sobiv dementsete söömi- ja toitumiskäitumise hindamiseks.
Aselage, M., Amella, J. (2009). <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 19(1-2): 33-	An evolutionary analysis of mealtime difficulties in older adults with	Söögiajad hõlmavad enamat kui ainult füüsiline toitmine, seega sotsiaalne ja kontekstuaalne	Selgitada dementsete eakate söögiaja raskusi, omadusi ja tagajärgi.	Teoreetiline kirjanduse ülevaade	Hooldeasutuste dementsed eakad	Andmete kogumiseks kasutati 48 allikat, kasutades erinevaid andmebaase, märksõnadeks:	Erinevate artiklite analüüs, olulisemate seisukohtade väljatoomine.	Oluline on säilitada elu jooksul toimunud söömisustrid, hubase keskkonna loomine ja vaikne muusika aitavad kaasa toitumise	Hooldekodude sotsiaalse keskkonna pakkumine on tugevaim sekkumine, mida õendusel on

41.	dementsia	mõistmine aitab parandada toitumist.				kultuur, dementsus, toitmiskäitumine, söömis-raskused.		parandamisele, varajane söömisraskuste märkamine personali poolt.	dementsele inimesele pakkuda. Tähtis ei ole tarbide mitte ainult adekvaatseid kaloreid, vaid säilitada dementsse eaka austust ning isiksust läbi tuttavate rituaalide. Tuubisöötmine ei rahulda söömise sotsiaalseid aspekte ega pikenda ka eluiga.
Bryant, H. (2007). <i>Emergency Nurse</i> , 15(4): 22-26.	Dehydration in Older People: Assesment and Management .	Eakatel on sageli reageeringud janule hilinevad või takerdunud, neerude funktsioon on langenud, see võib kaasa tuua raskekujukise dehüdratsiooni	Anda ülevaade eakate dehüdratsiooni põhjustest ja võimalikest sekkumismeetmetest.	Kirjanduse ülevaade	Haiglates viibivad eakad	Kirjanduse otsimisel kasutati 14 teadusartiklit	Analüüsi erinevate autorite seisukohti	Dehüdratsiooni pat. põhjused eakatel on palavik, liikumatus, dementsus, depressioon. Õed peavad oskama juhendada teenindavat personali haiglas ja lähedasi kodus vedeliku sissevõtmise ja	Dehüdratsiooni ennetamine ja sekkumine nõuab multidistsiplinaars et lähenemisviisi, mis hõlmab nende lähedasi ja hooldus- ja ravipersonali. Ravis on oluline ind. lähenemine, milline meetod on

								väljamineku kaardistamist. Kui suuline jooma õhutamine enam ei anna tulemusi, kasutatakse s/c või i/v vedeliku manustamist.	tõhusam ja ohutum.
Candy,B., Sampson,E.,L., Jones,L. (2009). <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 15(8): 396-404.	Enteral tube feeding in older people with advanced dementia: Findings from a Cochrane systematic review.	Dementsete eakate sonditoitmine on levinud, kuid selle võimalik kasulikkus ja kahju on ebaselged. Miks seda siiski tehakse?	Hinnata sonditoitmise sekkumise tulemusi	Kirjanduse ülevaade	Populatsiooni moodustasid üle 50 aasta eakad, kellel oli diagnoositud degeneratiivne dementsus ja kellel oli tekkinud probleemid söömisega ja neelamisega.	Kirjanduse ülevaade, materjali koguti, kasutades märksõnu: Dementsus, nasogastraalsond, toitmine, perkutaanne gastrostoom	Erinevate artiklite analüüs, olulisemate seisukohtade väljatoomine	Perk. Gastrostoomi peamiseks tüsistusteks on: aspir. Pneumoonia, söögitoru perforatsioon, hemorraagia, haavainfektsioon. Tuntakse muret, kas hooldajad, kes on andnud sonditoitmisele nõusoleku, on ikka informeeritud selle kasulikkusest ja võimalikest kahjust. Vähe on tõendeid sonditoitmise efektiivsusele, tehakse seda	Enteraalne sonditoitmine jätab dementsel ilma võimalusest teistega suhelda, nautida toidu maitset, vähendab väärikust ja muudab toitumise veelgi „instrumentaalseks“. Õed peaksid olema teadlikud sonditoitmise kasulikkusest ja võimalikest riskidest ja nõustama selles osas ka lähedasi.

								seepärast, et ei taheta jätta eakat ilma toidu ja veeta, nähakse selles ebaeetilisust, samuti kardetakse õigusorganite sekkumist.	
Cole,D. (2012) Nursing Standard. 26, 20, 41-48. Suurbritannia	Optimising nutrition for older people with dementia.	Dementsusel on kasvav tähtsus vanurite seas, mõjutades nende võimet iseendaga toime tulla.	Artikkel teeb kirjanduse ülevaate eesmärgiga anda õendustegevusele juhiseid optimeerimaks dementsete vanurite toitumist.	Ülevaateartikke 1	Dementsed vanurid	Otsingud erinevatest teaduslikest elektronkataloogi dest.	Erinevate uurimuste võrdleva analüüsi meetod	Leiti, et puuduvad standardsed meetodid säilitamaks dementsete vanurite piisav toitumine	Teenindava personali parem koolitus ja pikeam aeg dementsete vanuriga tegeleda võiks omada positiivset mõju vanuri toitumusele.
Chang, C.C., Li-Chan, L. (2005). <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 14: 1185–1192.	Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients.	Dementsedel eakatel suurem tõenäosuse risk alatoitumisele, kuna hoolduspersonali puudulikud teadmised kvaliteetse toiduabi	Välja töötada toitumisoskuste treeningprogramm hooldusõdedele ja testida selle mõju dementsete eakate söömisraskustega toimetulekul.	Eksperimentaalne uuring.	Ravigrupis (31) ja kontrollgrupis(36) õendus-töötajat. RG. sai nii teoreetilist kui praktilist koolitust,	Kasutati vaatluse –ja ülessekirjutamise meetodit	Vaatluse tulemused märgiti ülesse ja analüüsiti kahe grupi vahelisi erinevusi(söömisele kuluv aeg, abistamisvajadus).	RG. Dementsedel oli märkimisväärselt pikem söömisaeg ja kõrgem EdFED skaala kui kontrollgrupi omadel. Rohkem märgati pos. Suhtumist ja	See treeningprogramm võimaldab muuta õdede teadmisi, käitumist ja hoiakuid, samuti pikendada dementsete söömisaega.

		andmisel.			KG. koolitust ei saanud.			paremat käi- tumist.	
Chang, C., Roberts, B. (2008). . <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 17(17): 2266 – 2274.	Feeding difficulty in older adults with dementia	Toitumisproblee mid on sagedaseks probleemiks dementsete eakate seas, mida seostatakse kaalulanguse, alatoitumise ja aspiratsioonipneu moonia riskiga. Sageli pakutakse düsfaagiaga patsientidele vale dekstuuriga toitu ja ei varuta piisavalt aega.	Millised oleksid peamised probleemid toitumisel ning olulisemad abistamismeetodi d dementse eaka söömisel ja joomisel.	Kirjanduse ülevaade	Hooldusasut uste dementsed eakad	Kirjanduse otsingul kasutati märksõnu söötmine, söömine, toitumine, alatoitus, söömisraskuste hindamine, dementsus, enteraalne toitmine. Andmebaasidek s olid Medline, CINHAL, AGELINE.	Pärast kirjanduse läbitöötamist toodi välja olulisemad toitumisraskused , põhjused ja abistamismeetm ed.	Hooldajad ja õed peavad säilitama dementsedel võime nautida toitu, see nõuab koolitust, et aidata kognitiivsete häiretega dementsedel tarbida piisavas koguses toitaineid, kaloreid ja vedelikku. Düsfaagia on üks olulisematest söömist takistavaks teguriks ja oluline on personali teadlikkus sellise patsiendi toitmisel.	Vaja on rohkem teadusuuringuid, et täpsustada hindamise meetmeid ja arendada sekkumisvõimalus i ja määratleda mehhanismid, mille kaudu saab mõjutada toidu ja vedeliku tarbimist. Samuti hoolduspersonali teadlikkuse tõstmine.

Chang, C., Roberts, B. (2010). <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20: 2153–2161.	Malnutrition and feeding difficulty in Taiwanese older with dementia.	Dementsete eakate toitumist mõjutavad erinevad faktorid, mis võivad viia alatoitumiseni..	Alatoitumuse riski ennustavad faktorid Taiwani dementsete eakate seas.	Ristlabilõike uuringu meetodit	83 dementset eakat, neist 49 naised ja 34 mehed.	Hooldustöötajad hindasid ja edastasid andmed toidu koguste, toitumiskeskuste kohta, kasutades MNA-SF testi ja KMI mõõtmist.	Tulemused liideti kokku skooriks ja hinnati riske mõõdikute alusel	Alatoitumise risk oli 90,4% dementsetest, sõltuvus söömisel, söömisele kuluv aeg ja naissugu olid olulisemad faktorid alatoitumise kujunemisel.	Adekvaatset toitumist on võimalik parandada söögiaja pikendamise ja abi pakkumisega. Kõi ge sagedasem põhjus söömisraskusteks oli keeldumine söögist.
--	--	---	--	--------------------------------------	--	--	---	--	---

Eisenstadt, E.,S. (2010).. <i>American Academic Nurse Pract</i> , 22(1):17-22.	Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults.	Düsfaagia muudab söömise nii raskeks kui ka ebatavaliseks, tuues kaasa aspiratsioonipneumoonia ja edasise tõsise söömiskäitumise ning probleeme vedelikutarbimisega, suurendades alatoitumise ja dehüdratsiooni riski.	Arutada peamisi düsfaafia riskifaktoreid ja erinevaid ennetamise ja abistamisevõimalusi.	Kirjanduse ülevaade	Üle 65 a. dementsed eakad kui lihtsalt vanurid.	Kirjanduse otsing PubMed ja Cinahli andmebaase kasutades	Analüüsi erinevate autorite seisukohti.	Kõige tavalisemaks düsfaagia tüsistuseks on alatoitumus ja aspiratsioonipneumonia, viimane on ka üks sagedasemateks surma põhjusteks. 45% hooldusasutuses elavatel dementsel neelamisraskused.	Kuna aspiratsioonipneumoonia on üks sagedasemates düsfaagia tüsistustest, siis on vajalik õpetada õdesid ja hoolduspersonali tundma ära neelamisraskustele viitavaid tunnuseid ja võtma kasutusele erinevaid meetodeid aspiratsiooni vältimiseks söömisel.
Jordan, A., Regnard, C., Brien, J., Hughes, J. (2011). <i>Palliative Medicine</i> , 26(7): 873–878.	Pain and distress in advanced dementia: Choosing the right tools for the job.	Üheks stressi tekitavaks faktoriks on valu, nii emotsionaalne kui füüsiline. Väljendusraskused tõttu jääb see personalile tihti märkamatuks ning söömisest	Eesmärk on hinnata stressi ja valu hindamisvahendeid, nende efektiivsust.	Vaatlev uuring, mis viidi läbi 3 kuu jooksul	Hooldeasutuste dementsed eakad (97 osalejat, 13 hinnati valu suhtes).	Kolme kuu jooksul vaadelda kahe meetodi abil stressi ja valu tekitavaid sümptome ja kirjutati need ülesse.	Andmeid võrreldi kahe hindamisinstrumendi lähtuvalt, toodi välja tulemused	Paind- mõõdab viite valdkonda: hingamine, neg. häälsused, näoilme, kehakeel, emotsioonid. DisDAT-kasutatakse suhtlemisraskustega patsientide puhul. Nende kahe põhjal	Valu ja stressi tuleb hinnata individuaalselt, Mõlemad mõõdikud on efektiivsed valu ja stressi hindamisel ja efektiivse ravi määramisel. Siiski kasutatakse

		keeldumist tõlgendatakse mitmeti.						täheldati hirmu, ärevust, lõdisemist, näogrimasse, hallutsinatsioon. Lähedased ja hoolduspersonal peab oskama neid märke tähele panna ja tõlgendada. Mõlemad vahendid näitasid valu vähenemist peale sekkumist.	olemasolevaid mõõdikuid vähe, põhjuseks oskamatus neid käsitleda ja hinnata, samuti hindamisele kulunud aeg.
Kyle, G. (2011). <i>British Journal of Community Nursing</i> , 16(1): 6-10.	Managing dysphagia in older people with dementia.	Düsfaagia esineb mingil määral kõikide neuroloogilist patsientide ja dementsuse puhul. Kõrge levimus on tingitud vanusega seotud sensoorsete ja motoorsete funktsioonide muutuses.	Uurida düsfaagia levimust, andes samas ka ülevaate füsioloogiast ja praktilistest juhenditest düsfaagiaga patsientidega toimetulekul.	Kirjanduse ülevaade	Dementsed eakad nii kodus kui hooldusasut ustes	Kirjanduse otsingul kasutati märksõnu: dementsus, neelamine, söögiaeg, kohane toit.	Erinevatest kirjanduse ülevaadetest selguvad iseloomulikuma d tunnused,diagno stika ja abistamisvõimal used.	Lähedastele võib düsfaagiaga eaka abistamine olla väga kurnav. Emotsionaalselt raske on kogeda lämbumisohtu, lisaks jääb puudus teadmistest abistamise vallas. Raskusi valmistab otsuse tegemine sonditoitmise alustamiseks.	Õed peaksid olema teadlikud düsfaagiaga patsientide söömisraskustest ja võimelised pakkuma perekondadele vajaminevat hooldusabi, samuti oskama hinnata ANH-ga alustamist.
Li, I.(2002).	Feeding	Toitmissondi	Kas kunstliku	Kirjanduse	Halvenenud	Kirjanduse	Erinevate	Mitmed uuringud	Hooldajaid tuleb

<p><i>American Family Physician</i>; 65(8): 1605-1610.</p>	<p>Tubes in Patients with Severe Dementia.</p>	<p>paigaldamisega arvatakse, et see aitab vältida alatoitumise tagajärgi nagu lamatisi, infektsioone, surma.</p>	<p>toidu ja hüdratsiooni kasutuselevõtt on prognoositud kasu toitumusliku seisundi paranemisele.</p>	<p>ülevaade</p>	<p>funktsionaalne ja kognitiivse seisundiga sondiga toidetavad dementsed patsiendid.</p>	<p>otsingul töötati läbi 33 artiklit.</p>	<p>autorite tähelepanekud, järeldused, nende võrdlemine, olulimate seisukohtade väljatoomine.</p>	<p>näitavad, et sonditoitmine ei paranda vaimset seisundit, soole ega põie funktsiooni, igapäevast mobiilsust. Pigem võib põhjustada kannatusi, tüsistuste määr võib ulatuda 15-75%-ni. Võimetus süüa tähistab punkti, kus pt. on jõudnud haiguse lõppfaasi, mis võib olla juhitamatu isegi vaatamata agressiivsele sekkumisele.</p>	<p> julgustada patsiente käsitsi söötma niikaua kui võimalik. See on aga aeganõudev ja see võib selgitada asjaolu, miks hooldusasutustes paigaldatakse rohkem toitmissonde.</p>
--	--	--	--	-----------------	--	---	---	--	---

Lin, L.C., Watson, R., Wu, S.C. (2008). <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 19(1-2):53-9.	What is associated with low food intake in older people with dementia?	Söömisraskused dementsete seas on väga levinud ja alatoitumus ei pruugi olla suutmatus või tahtmatus süüa, vaid tagajärg.	Uurida erinevates hooldusasutustes elavate dementsete eakate madala toitumuse riskifaktoreid.	Empiiriline	77 dementset eakat 9-st erinevast hooldusasut usest.	Andmeid kogusid vaatlejad, kes olid saanud eelnevalt 2 päevase koolituse, andmeid koguti kahel päeval lõuna-ja hommikusöögi ajal, kasutai kolme erinevat hindamisskaalat.	Võrreldi erinevate andmete tulemusi	Alatoitumise levimus dementsete elanike seas oli 30,7 %.Söömisraskused, abi puudumine söömisel, mõõdukas abivajadussugulaste vähene külastatavus ja naiseks olemine olid peamised madala toitumusega seostuvad faktorid.	Õed peavad oskama hinnata dementsete oskusi söömisega hakkamasaamisel ja võimaldama abi ning juhendamist söögiaegadel.
Lou, M. F., Dai, Y. T., Huang, G. S., Yu, P. J. (2007). <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 60(5): 470- 477.	Nutritional status and health outcomes for older people with dementia living in institutions.	Toitainete defitsiit on tavaline probleem hooldekodude dementsete eakate seas, moodustades 25- 59% ja mis jääb sageli diagnoosimata.	Hooldusasutustes elavate dementsete eakate muutused kehamassiindeksi s, tervisemõjuritest ning nendega seotud teguritest 3 kuulise perioodi vältel.	Läbilõike uuring	Valimi moodustasid 55 dementset eakat.	Andmeid koguti korduvast KMI mõõtmistest ja tervisekaartide ülevaadetest.	Andmeid võrreldi, analüüsi vastavalt üldistele normidele, tehti sellest tulenevalt järelused	Sõltuvus söömisel oli peamiseks alatoitumise riskiteguriks, mis eristas madala ja normaalse KMI-ga uuritavaid.18%-l oli KMI madalam kui 18,5.Kõige usaldusväärsem on kombineerida obj. mõõtmised, kliiniline läbivaatus, haiguslugu ja biokeemilised	Et tagada tõhusaid toitumissekkumisi , on tarvis parandada õdede oskusi hinnata võimet toituda, tunda ära probleeme ja abipakkumise võimalusi.

								markerid.	
Mentes, J. (2006). <i>American Journal of Nursing</i> , 106 (6): 40-49.	Oral hydration in Older Adults: Greater awareness is needed in preventing, recognizing, and treating dehydration.	Vanusega seotud muutused võivad põhjustada nihkeid vee ja elektrolüütide tasakaalus kuni dehüdratsioonini välja.	Anda ülevaade vananemisega seotud muutustest, dehüdratsiooni riskiteguritest, hindamismeetmetest ja õendusabi sekkumise võimalustest.	Kirjanduse ülevaade	Kodudes ja hooldusasutustes elavad eakad al. 65 eluaastast.	Kirjanduse läbitöötamisel kasutati 46 kirjandusallikat.	Erinevate autorite tähelepanekud, järelused, nende võrdlemine, olulimate seisukohtade väljatoomine.	Dehüdratsioonini viivad kas vedelikudefitsiit või siis vedeliku liigne kadu. Põhjustavad seda palavik, higistamine, vähene joomine, kõhulahtisus. Haigustest dementsus, diabeet ja hüperkaltseemia. Suur esinemissagedus hoolduasutustes (6 kuu jooksul täheldati 35-st elanikust dehüdratsiooni 31%-l.)	Dehüdratsiooni on võimalik ennetada, teades sellele viitavaid sümptome. Oluline on välja selgitada tekkepõhjus ja individuaalne lähenemine. Hoolduspersonal ja lähedased peavad olema informeeritud abistamisvõimalustest. Erinevad strateegiad eaka jooma õhutamiseks annavad olulisi tulemusi.
Mitchell, S., L. (2007). <i>Journal of American Medical</i>	A-93- Year Old Man With Advanced Dementia	Dementsuse lõppjärgus tekib küsimus, kas jätkata palliativse	Arutleda erinevate toitmisviiside plusse ja miinuseid, tuua	Kirjanduse ülevaade	93-aastane dementsu eakas, tema tütar, kes on mitte	Konkreetses situatsioonis analüüsimine	Erinevate osapoolte poolt ja vastuargumendid, põhjendused,	Toitumiskeskuste leevendamiseks enne otsust sonditoitmise kasuks näha mitmeid	Kaugelearenenud dementsusega patsiendid võivad elada küllaltki pikalt, vaatamata

Association, 298 (21): 2527-2536.	and Eating Problems.	raviga või võtta kasutusele radikaalsemad meetmed nt. sonditoimine.	välja farmakoloogia ja ravivõimalusi, toetades samal ajal lähedasi ja pereliikmeid otsuse langetamisel.		suuteline otsustama oma isa edasise toitumise üle ja meditsiinipersonal nõuandjana.		otsused.	erinevaid abistamisviise: düsfaagiaga eakatele muudetud tekstuuriga toidu pakkumine, väiksemate portsionide kasutamine, vahepalde andmine, sõrmedega söömine jne.	ebapiisavale toitumisele, kuna nende homöostaasi seisund on muutunud, mis väljendub aeglustunud ainevahetuses ja vähenenud kalorige vajadusega.
Morris, M.,C. (2009). <i>European Journal of Clinical Nutrition</i> , 16(1): 1–7.	The role of nutrition in Alzheimer's disease: epidemiological evidence.	Alzheimeri tõve kõige tuntum faktor on kõrge vanus, aga viimasel ajal on toodud välja mitmeid epidemioloogilisi tõendeid näitamaks tugevat suhet toitumise ja Alzheimeri tõve vahel..	Keskenduda epidemioloogilistele tõenditele uurimisele ja Alzheimeri tõve vahel, eriti rasvade ja antioksidantide rollile.	Kirjanduse ülevaade.	Erinevates uuringutes osalesid eakad alates 65 eluaastast.	Kirjanduse otsimisel kasutati märksõnu: Alzheimeri tõbi, kolesterool, antioksidandid, dementsus, toitumine, omega-3 rasvhapped. Tõeti läbi 68 kirjandusallikat.	Erinevate seisukohtade võrdlemine ja väljatoomine.	On leitud omega-3 rasvhapete kaitsvat toimet kognitiivsete funktsioonide langusele. Mitmed uuringud näitavad, et dieedi ja Alzheimeri tõve vahel on samasugune suhe nagu dieedi ja ateroskleroosi vahel. Mitmed kardivaskulaarsed riskid suurendavad haigestumist Alzheimeri tõves ja	Kindlad toidukomponendid (antioksidantsed toidained, kala, rasvad, B-vitamiin) võivad olla kaitsvad faktorid tunnetuslike protsesside vähenemise ja Alzheimeri tõve vastu. Seega on vajadus uude, efektiivsete strateegiate järgi,

								dementsusesse.	mis oleksid ennetavad ja terapeutilised.
Norma, A. (2012). Preventing Aspiration in Older Adults with Dysphagia. <i>American Journal of Nursing</i> , 108(2): 40-48.	Preventing Aspiration in Older Adults with Dysphagia.	Aspiratsioonipneumonia on üks levinumatest surma põhjustajatest vanema elanikkonna seas.	Millised oleksid sekumise ja ennetamise võimalused selles valdkonnas nii hooldusasutustes kui haiglates.	Kirjanduse ülevaade	Dementsed eakad kui lihtsalt vanurid	Erinevate andmebaaside kasutamine materjali kogumiseks ja läbitöötamiseks.	Analüüsiti erinevate autorite seisukohti.	Aspiratsioonipneumooniat on võimalik ennetada, kasutades erinevaid abinõusid: paksem viskoossus, ülakeha asend, piisav aeg toitmiseks jne.	Aspiratsioonipneumooniat on võimalik vähendada, osates märgata düsfaagiale viitavaid tunnuseid ja kasutades erinevaid abistamisvõtteid eakate toitmisel.
Pasman,H., Onwuteaka-Philipsen, B., Kriegsman, D., Ooms,E., Ribbe, Wal, G. (2005). <i>Arch Intern Med.</i> ,165:172-1735.	Discomfort in Nursing Home Patients With Severe Dementia in Whom Artificial Nutrition and Hydration Is Forgone.	Paljudel dementsedel patsientidel tekib raskus süüa ja juua. Kui söögi ja joogi tarbimine on muutunud ebapiisavaks, tuleb teha otsus, kas hakata patsiente kunstlikult söötma.	Kas ANH-st loobumine tekitab ebamugavustunnet, uurida otsusetegemise protsesse ja otsuse tagajärgi igapäevaelus.	Pikaajaline vaatlev uuring 10 kuud	178 patsienti 32-st erinevast hooldusasutusest	Andmeid kogusid ja registreerisid hooldekodud arstid	Andmeid analüüsiti statistiliste tehnikate ja üleüldiste hindamissüsteemide kaudu.	Patsiendid, kes olid ärkvel, tundsid rohkem ebamugavustunnet kui need, kes magasid. Üle poole patsientidest (59%) surid 1 nädala jooksul pärast otsust loobuda ANH. Ebamugavustunde tase oli kõige kõrgem alguses, kuid langes esimese	Loobumine ANH-st ei toonud kaasa märkimisväärseid ebamugavusi võrreldes teiste dementsuse lõppjärgus kunstlikul toidul olevate dementsetega.

								5 päeva jooksul pärast ANH-st loobumist ja siis 5 päeva järel tõusis uuesti. Düspnoe ja rahutus olid kõige sagedasemad ebamugavustunde väljendajad, oksendamist ja lihaspinget esines vähestel patsientidel.	
Pivi, G., A., Bertolucci, p., H., Schultz, R. (2012). <i>Current Gerontology and Geriatrics Research</i> , 2012(5): 1687-7071.	Nutrition in Severe Dementia.	Palju kliinilist tähelepanu ja teadustööd on suunatud dementsuse varajasele staadiumile, raske dementsus ja sellega toimetulek on jäetud suhteliselt unarusse.	Tutvustada raske dementsusega eakate toitumusliku staatuse hindamise meetodikat, ravivõimalusi ja ANH näidustusi.	Teoreetiline	Lõppstaadiumis dementsed eakad	Erinevate andmebaaside kasutamine materjali kogumiseks.	Kirjanduse ülevaade, töötati läbi 67 artiklit.	Toitumusliku staatuse hindamiseks kasutatakse KMI-d, antropomeetrilisi mõõtmisi, kliinilisi näitajaid. Rõhutatakse kogu meeskonna kaasamist avastamiseks toitainete defitsiiti ja pakkuma välja individuaalseid sekkumismeetmeid. On tõendeid, et dieedi täiendamine toidulisanditega	Dementsuse lõppjärgus esineb suurim kadu KMI, brahhiaalse rasvkoe ning lihasmassi osas. ANH kasutatakse lõpp-järgus dementsete patsientide puhul, kellel on tõsiseid raskusi neelamisega. Kogu protsess peab olema terviklik ja mõistetav

								aitab parandada toitumuslikku seisundit.	teooriast kuni praktikani.
Saunders, J., Smith, T. (2010). <i>Clinical Medicine</i> , 10(6): 624-627.	Malnutrition : causes and consequences	Alatoitumise puhul on sagedaseks probleemiks nii meedikute kui omaste poolt seisundile viitavate tunnuste mitte äratundmisega.	Anda ülevaade alatoitumise peamistest etioloogiafaktoritest, tagajärgedest ja varajase avastamise tähtsusest.	Kirjanduse ülevaade	Üle 65 aasta vanused eakad.	Kirjanduse otsingul töötati läbi 16 erinevat allikat.	Erinevate allikate võrdlev analüüs.	Alatoitumise üheks peamiseks faktoriks on erinevate haiguste tõttu vähenenud söögiisu ja sellest puudulik toitainete omastatavus. Tagajärgedest sagedasemaks lihasmassi vähenemine, traumad, südame, hingamis- ja seedeelundite talitluse häire, samuti on mõju psüühikale. Alatoitumusega pt.-l esineb suremust 3-4x rohkem ja ravile tehtavad kulutused on kuni 50% suuremad.	Alatoitumisel on laiaulatuslik mõju patsientide füsioloogilisele funktsioonile, selle tulemusel suureneb suremus ja kulutused nende ravile. Rakendades lihtsaid läbivaatuse võtteid tuvastamiseks ja ennetamiseks toitumisprobleemide, suurendab ravi edukust.
Chassagne, P., Druesne, L.,	Clinical Presentation	Hüpernatreemias t on ohustatud	Hinnata dehüdratsiooni	Empiiriline uuring	Mitmekeskseline	Analüüsi võeti kolm korda	Kvantitatiivne andmete analüüs	Dehüdratsiooni tulemusena suureneb	79%-l leiti madal vererõhk,

Capet,C., Me'nard,J. (2006).. <i>Journal The American Geriatrics Society,</i> 54:1225–1230	of Hypernatre mia in Elderly Patients: A Case Control Study	eelkõige eakad oma kognitiivse defitsiidi tõttu. Lähedased ja hoolduspersonal ei oska sageli märgata aga dehüdratsioonile viitavaid sümptome. märgata	kliinilisi tunnuseid ja nende prognostilist väärtust hüpernatreemiaga patsientidel.		uuring, mis hõlmab seitse lühi-ja pikaajalise vanurite (150) hoolekandea sutust .	nädalas, hinnati iga patsiendi vanust, kehatemperatuuri , haiguslugu, funkts. oskusi 1 kuu jooksul.		plasmas naatriumi kontsentratsioon, seerumi osmolaarsus ja kapillaaride hiline täituvusaeg. Oskus mitte ära tunda dehüdratsioonile viitavaid märke hoolduspersonali poolt võib lõppeda patsiendi surmaga.	tahhükardia, kuivad limaskestad ja kaenlaalused. Enamik dehüdratsiooni kliinilisi märke oli tingitud hüpernatreemiast. Suremus hüpernatremiasse ulatub 42% kuni 60%-ni. 69-1 pt.-l oli häiritud teadvus.
Shimizu, M., Kinoshita, K., Hattori, K.,Ota, Y., Kanai, T., Kobayashi, H., Tokuda, Y. (2012). <i>Internal Medicine,</i> 51(10): 1207- 1210.	Physical signs of dehydration in the elderly	Dehüdratsioon on üks sagedasemates hospitaliseerimis e põhjustest, vaatamata lähedast ja hoolduspersonali püüdlustele seda vältida.	Millised on varajased haigussümptomid , milliseid hindamismeetme d võiks kasutada, millised võiksid olla sekkumismeetme d. jt. 2005).	Vaatlev uuring	Uurimuse rühma kaasati 27 patsienti 65 aastat ja vanemad (16 meest + 11 naist). Patsiendid jagati kahte gruppi: dehüdratsioo niga (9 patsienti) ja	Märgiti ülesse kahe grupi dehüdratsioonile viitavad tunnused kui ka kaebused.	Võrreldi kahe grupi vahelisi erinevusi tunnuste kui kaebuste osas.	Kõikide patsientide kõige levinuim kaebus oli palavik. Füüsikalistest tunnustest suukuivus oli kõige sagedamini vaadeldud märk kõigi patsientide hulgas,samuti aukus silmad ja naha turgori langus. Kuivasid kaenlaaluseid võib käsitleda olulise ja	Põhjus, miks dehüdratsiooni juhtumite arv ei aastakümnete jooksul ei ole vähenenud, on see, et vanurite pereliikmed ja hooldajad ei ole kursis dehüdratsiooni sümptomitega. Raskusi tuvastada dehüdratsiooni ka

					dehüdratsiooni (18 patsienti).			küllaltki täpse dehüdratsiooni märgnina. Haiglas olemise ajal suri 44% dehüdratsiooni ja 17% mitte dehüdratsiooni grupi patsientidest.	hooldeasutuste patsientidel.
Smith, A. (2011). <i>British Journal of Community Nursing</i> , 16(5): 6-12.	A brief overview of dietetic issues for people with late stage dementia..	Sonditoitmist kasutatakse sageli hilise dementsuse staadiumis olevate eakate toitumiseks, kuid puuduvad tõendid, et see oleks efektiivsem, pikendaks eluiga, parandaks elukvaliteeti ja viiks parema toitumiseni.	Millised on praktilised lähenemised, mis aitaksid säilitada adekvaatset toitumist hilises dementsuse faasis olevatel eakatel ja kui tõhus on sonditoitmise rakendamine.	Teoreetiline kirjanduse ülevaade	Hilises dementsuse faasis olevad dementsed eakad.	Antud kirjanduse ülevaates on kasutatud 37 erinevat kirjandusallikat.	Erinevate autorite seisukohtade analüüsimine, olulisemate seisukohtade väljatoomine.	On toodud välja lihtsad meetodid aitamaks kaasa toitumise parandamisele: kõrgema kaloraaziga toidu pakkumine, maitse eelistuste arvestamine, püreetoitu kasutamine. Leitakse, et sonditoitmine ei paranda oluliselt toitumist, pigem võib tuua kaasa aspiratsioonipneumonia.	Toitumisalased teadmised ja õigeaegsed sekkumised teenindava personali poolt võivad aidata säilitada rahuldavat toitumist dementsuse lõppfaasis.
Suominen,M., Kivisto,S.,Pit	The effects of nutrition	Dementsed kannatavad sageli	Suurendada toitumisõpetust	Empiiriline	28 spetsialisti,	Toitumispäevikute täitmine ja	Toitumispäevikute tulemused	Pärast koolitust leidsid	Professionaalne toitumiskoolitus

kala,K. (2007). European <i>Journal of Clinical Nutrition</i> ,61:1226– 1232.	education on professional s' practice and on the nutrition of aged residents indementsia wards.	alatoitumuse all, mille üheks põhjuseks on personali vähesed teadmised toitumistarbisest ja toitumise ulatuslikust seoset eakate heaoluga.	dementsete eakatega töötava personali seas.		kes hindasid 21 dements eaka energia ja toitainete omastamist enne koolitust ja peale koolituse saamist.	vaatluse/hindami se meetod, tagasiside küsimustikud.	arutati läbi eriala-ning toitumisspetsiali stidega.	professionaalid, et neil olid faktid ja kindlad teadmised, et anda individuaalset toitmiskoolitust. Enne koolitust oli elanike päevane energia kogus 1230kcal, pärast 1487kcal/p.Proteiinit arbimine tõusis 50,4-lt g/päevas 60,9g/päevas.	annab positiivset mõju nii energia kui valgutarbimisele.
Ullrich, S., McCutcheon, H. (2007).. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 17(21): 2910– 2919.	Nursing practice and oral fluid intake of older people with dementsia.	Dementsed eakad oma kognitiivse defitsiidi ja väljendusraskust e tõttu on sageli ohustatud dehüdratsioonist	Kuidas õed ja hooldustöötajad saaksid suurendada suulise joomise tõhusust ja seeläbi ennetada dehüdratsiooni.	Empiiriline	48 dements eakat, 10 hooldustööt jat, 7 residen-õde.	Vaatlus-ja ülessekirjutamise meetod: iga 4 tunni järel hinnati joomisprotseduuri ja märgiti tulemused (abivajadus, aeg, sekkumismeetodi d) õendusloosse.	Erinevaid andmed võrreldi Exeli tabelis	Suulise joomisele kaasaaitmisel on oluline suhtlemine, piisav ajavaru, rahulik-julgustav lähenemine.Õed võiksid nõuda hooldajatelt sekkumiste dokumenteermist, kuna nemad puutuvad patsientidega sagedamini kokku ja	Parandamaks õendus- hooldustegevust, tuleks kaaluda õppe muutmist ning teha selgeks selle vajalikkus eakate hüdratsiooni parandamisel.

								teavad nende iseärasusi.	
Watson,R. (2011). <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20: 303–304.	Editorial: Nutrition and older people with dementia.	Dementsete eakate toitumisraskuste puhul kasutatakse vähe hindamismeetodeid, puudus on ka käepärastest mõõdikutest.	Õe roll toitumisraskuste ja söömisaja raskuste hindamisel dementsete eakate puhul.	Ülevaateartikkel, mis on koostatud kahe autori uurimuse põhjal.	Õed ja õed-juhid	Uuringus osalenud inimesi intervjuueeriti.	Erinevate uurimuste võrdleva analüüsi meetod.	Õed vajavad toitumisraskuste hindamiseks mõõdikuid. Samas kasutatakse totumuslike hindamisvahendeid harva.	Vajalik tähtsustada hindamise olulisust, instrumentide käepärastust ja personali väljaõpet .
Watson, R. (2002). <i>Nursing Older People</i> , 114(3): 21-25.	Eating difficulty in older people with dementia.	Söögist keeldumine on dementsetel eakatel fundamentaalne probleem. Üks aspekt, mis võib viia kaalukaotuseni, on võimetus ennast verbaalselt väljendada ja suurenenud sõltuvus kõrvalabist.	Kui dementne keeldub söömisest, siis mingil hetkel peab see lõppema. Eetiline ja legaalne probleem on-millal?	Teoreetiline kirjanduse ülevaade.	Dementsuse lõppstaadiumise olevad eakad.	Erinevate andmebaaside kasutamine materjali kogumiseks, märksõnadena kasutati: dementsus, dementsete eakate õendus, eakate toitumine.	Erinevate autorite seisukohtade analüüsimine.	Sonditoitmine ei hoi ära probleemi, millal lõpetada inimese toitmine, see lihtsalt lükkab seda aega edasi. Toitmine ja hüdratsiooni piiramise otsustamise juurde tuleks kaasata võimalikult palju asjatundjaid, k.a. pereliikmed. Ühiste seisukohtade võtmine aitab ära hoida edasise arusaamatusi.	Otsuste vastuvõtmised ei ole lihtsad, on vajalik omastele selgitada paljusid aspekte, saada ka nende nõusolek toitmise lõpetamiseks, teha ühine otsus.

Watson, R., Green, S. M. (2005). <i>Journal of Advanced Nursing</i> 54 (1) 86-93.	Feeding and dementia: a systematic literature review.	Dementsetel esineb sageli raskusi toitumisega, eriti haiguse lõppstaadiumis, millega kaasneb kehakaalu langus.	Anda ülevaade tõhusast sekkumisest, mis aitaks leevendada dementse eaka toitumisprobleem e.	Kirjanduse ülevaade	Dementsed eakad	13 kirjandus- allikat, mille põhjal tehti kokkuvõte. Kasutati CINAHL, Medline, EMBASE andmebaase	Erinevate uurimuste võrdleva analüüsi meetod.	Kõige sagedasema abinõuna mainiti toitumise edendamisel muusikat, kuid üheski töös ei olnud standarisee- ritud abinõusid. Samuti ergutav ja motiveeriv käitumine õdede poolt on edukas parandamaks toitumist.	Toitumise parandamise seisukohalt peetakse parimaks individualiseeritu d hindamist, üldised meetodid on ebaefektiivsed.
White, G. N., O'Rourke, F., Ong, B. S., Cordato, D. J., Chan, D.K. (2008). <i>Academic Journal Geriatrics</i> , 63(5): 15-20.	Dysphagia: causes, assessment, treatment, and management .	Düsfaagia suurt levimust seostatakse kõrge vanadusega ja dementsuse süvenedes kasvab see näit 70%-ni.	Anda ülevaade düsfaagia esinemissageduse st, olulisematest tunnustest, ja tüsistustest ja abistamisvõimalu stest.	Kirjanduse ülevaade	Dementsed eakad , kellel on diagnoositi neelamishäir e.	Kirjanduse otsingul töötati läbi 42 allikat, kasutati märksõnu: neelu- ja söögitoru düsfaagia, neelamine, sonditoitmine.	Kirjanduse analüüs	Kõige tavalisemaks düsfaagia tüsistuseks on alatoitumine ja aspiratsioonipneumo onia. Viimane on ka üks sagedasemaks surma põhjustajaks. Hingamiskahjustusi esineb 50%-l düsfaagia patsientidest.	Düsfaagia varajane avastamine on oluline, sest õiged juhtimisstrateegia d võivad oluliselt leevendada tagajärgi. Olulisel kohal on õige dieedi määramine, aja varumine. Sondiga toitmist alustatakse siis, kui ülejäänud sekkumisvõimalus

									ed on ammendunud.
Wotton, K., Crannitch, K., Munt, R. (2008).. A <i>Journal for the Australian Nursing Profession</i> , 31(1): 44-56.	Prevalence, risk factors and strategies to prevent dehydration in older adults.	Dehüdratsioon on seostatud suurenenud haigestumuse ja suremusega, levimus on suurem hooldusasutustes (50-90%). Dehüdratsioonile viitavate varaste tunnuste ja eakate füsioloogilise eripära tundmine aitab seda probleemi ennetada.	Eesmärk on selgitada dehüdratsiooni olulisemaid riskifaktoreid, kliinilisi tunnuseid, tagajärgi ja ennetamisvõimal usi.	Kirjanduse ülevaade	Kodus ja hooldeasutu ses elavda eakad.	Erinevate andmebaaside kasutamine materjali kogumiseks, märksõnadena kasutati: dehüdratsioon, vedeliku- elektrolüütide tasakaal, eakad, haiglaravi, hüповoleemia..	Erinevate uurimuste võrdleva analüüsi meetod.	Peamisteks riskifaktoriteks on kõrge iga, sugu,füsioloogiline seisund (kaasuvad haigused, liikumishäire,neelam ishäire, dementsus), keskkonna vahetus.Leiti, et ülekaalulistel on suurenenud keharasva tõttu madalam vedelikuvajadus, ravimeid võtavad eakad tarbivad rohkem vett kui ravimeid mittetarbivad.	Dehüdratsioon on ennetatav ja parandatav, kui seda märgatakse õigeaegset. Eelkõige õed peaksid oskama ära tund dehüdratsioonile viitavaid märke juba varases staadiumis ning alustama sekkumismeetmet ega.