Nr	Sekkumise nimi ja allikas	Sekkumise tüüp	Sihtrühm (hooldaja, dementsusega inimene või mõlemad)
1	Telefonipõhine kognitiiv-käitumuslik sekkumine hooldajatele (Glueckauf et al., 2017)	Kognitiiv-käitumuslik	Hooldajad
2	“Círculo de Cuidado” – kultuuritundlik kognitiiv-käitumuslik grupiprogramm ladinaameeriklastest hooldajatele (Gonyea et al., 2016)	Kognitiiv-käitumuslik	Hooldajad
3	Paro robotkaaslane (Liang et al., 2017)	Kognitiiv-käitumuslik	Dementsusega inimene
4	Tegevuste planeerimise programm hooldajatele ja dementsusega inimestele (Lai et al., 2020)	Kognitiiv-käitumuslik	Mõlemad
5	Kognitiiv-käitumuslik teraapia dementsusega inimesele (Spector et al., 2015)	Kognitiiv-käitumuslik	Mõlemad

6	Kognitiivne rehabilitatsiooniprogramm (Buschert, 2011)	Kognitiiv-käitumuslik	Dementsusega inimene
7	Kogukonnakeskne harjutuste programm (Vreugdenhil et al., 2012)	Kehalise aktiivsuse mõjutamisele suunatud sekkumine	Dementsusega inimene
8	Harjutusprogramm Alzheimeri tõvega patisentidele (Morris et al., 2017)	Kehalise aktiivsuse mõjutamisele suunatud sekkumine	Dementsusega inimene
9	Jalutamise efekt dementsusele (EVIDEM-E projekt) (D'Amico et al., 2016; Lowery et al., 2014)	Kehalise aktiivsuse mõjutamisele suunatud sekkumine	Mõlemad
10	Treenimise efekt kognitiivsetele võimetele (FINALEX) (Öhman et al., 2016, 2017; Pitkälä et al., 2013)	Kehalise aktiivsuse mõjutamisele suunatud sekkumine	Dementsusega inimene

11	Kodupõhine treeningprogramm Wii-Fit (Padala et al., 2017)	Kehalise aktiivsuse mõjutamisele suunatud sekkumine	Dementsusega inimene
12	mHealth kiirkõnni programm (Kwan et al., 2020)	Kehalise aktiivsuse mõjutamisele suunatud sekkumine	Dementsusega inimene
13	"Mastery over Dementia" – veebipõhine juhendatud eneseabikursus hooldajatele (Blom et al., 2015)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad
14	Telefoni teel edastatav psühhosotsiaalne sekkumine hooldajatele (FITT-C) (Tremont et al., 2015, 2017)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad
15	Telefoni teel edastatav psühhosotsiaalne sekkumine (FITT-D) (Tremont et al., 2008a, 2008b)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad
16	Tehnoloogiline psühhohariduslik sekkumine dementsusega patsientide hooldajatele (Finkel et al., 2007)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad

17	Hooldajatele suunatud stressi ja toimetuleku programm (START) (Livingston et al., 2013, 2014)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad
18	Psühhohariduslik suhtlemisprogramm hooldajatele (Klodnicka Kouri et al., 2011)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad
19	Patisendikeskne sekkumine kerge dementsusega inimestele (PIPAC) (Hilgeman et al., 2014)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Dementsusega inimene
20	Lähedaste hooldajate oskuste treenimine (Bourgeois et al., 2002)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Mõlemad

21	Käitumuslikke strateegiaid õpetav programm STAR-C (Teri et al., 2005)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad
22	Telefonipõhine tugigrupp hooldajatele (Winter ja Gitlin, 2006)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad
23	Veebipõhine programm „Hooldaja sõber: dementsusega tegelemine“ (Beauchamp et al., 2005)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad
24	Hooldajate treeningprogramm ATC (Gitlin et al., 2010)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad

25	Individuaalne veebiprogramm hooldajatele „iCare“ (Kajiyama et la., 2013)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad
26	Käitumuslik grupisekkumine „CARE“ (Gonyea et al., 2006)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad
27	Grupisekkumine hooldajatele (Losada et al., 2011)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad
28	Ennetav grupikoolitus hooldajatele (Ducharme et al., 2011)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad
29	Koduohutuse tööriistakomplekt (Horvath et al., 2013)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Mõlemad
30	Problem Adaptation Therapy (PATH) (Kiosses et al., 2015)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Dementsusega inimene

31	Vabatahtlike pakutav käitumusliku aktiveerimise teleprogramm (PsyED-BA) dementsusega inimeste hooldajatele (Au et al., 2015)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad
32	iMCSP - individuaalselt kohandatud tugikeskuste programm (Dröes et al., 2019)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Mõlemad
33	Telefonipõhine psühhohariduslik sekkumine (Kwok et al., 2013)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad
34	ALADDIN – Elamist abistav tehnoloogiaplatvorm (Torkamani et al., 2014)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad
35	Videopõhine sekkumine toimetulekuoskustele (VCS) (Williams et al., 2010)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad

36	WeCareAdvisor veebipõhine lahendus (Kales et al., 2018)	Psühhosotsiaalne- ja hariduslik	Hooldajad
37	Varajases staadiumis mälukaotuse tugirühmad (ESML) (Logsdon et al., 2010)	Sotsiaalse tugisüsteemi mõjutamine	Mõlemad
38	Lühike tegevusteraapia sekkumine (Dooley ja Hinojosa, 2014)	Töö- ja tegevusteraapia	Mõlemad
39	Tegevusprogrammi rätseplahendus (Gitlin et al., 2008, 2018)	Töö- ja tegevusteraapia	Mõlemad
40	Dementsusega inimeste hooldamine nende enda keskkonnas- COPE (Laver et al., 2020)	Töö- ja tegevusteraapia	Mõlemad

41	Kogukonnapõhine tegevusteraapia (Graff et al., 2006, 2007)	Töö- ja tegevusteraapia	Mõlemad
42	Koduse tegevusteraapia sekkumine hooldajatele (Corcoran ja Gitlin, 1992; Gitlin et al., 2001)	Töö- ja tegevusteraapia	Mõlemad
43	ARTEMIS: kunstimuuseumipõhine sekkumine (Schall et al., 2017)	Mitmekomponendiline	Dementsusega inimene
44	Kooriprogramm – The Unforgettables (Mittelman et al., 2018)	Mitmekomponendiline	Mõlemad
45	Eesmärgipõhine kogntiivne rehabilitatsioon (Clare et al., 2019; Hindle et al., 2018)	Mitmekomponendiline	Mõlemad

46	Füüsilise ja kognitiivse stimulatsiooni kombineeritud programm (Maci et al., 2012)	Mitmekomponendiline	Dementsusega inimene
47	Laiendatud kognitiivse stimulatsiooni teraapia koos Baduanjin liikumisega (Young et al., 2019)	Mitmekomponendiline	Dementsusega inimene
48	Käitumuslik aktiveerumine kognitiivse languse ennetamiseks (Rovner et al., 2018)	Mitmekomponendiline	Dementsusega inimene
49	Kodupõhise kehalise aktiivsuse programm (Holthoff et al., 2015)	Mitmekomponendiline	Dementsusega inimene
50	Kombineeritud kehalise treeningu ja käitumusliku juhtimise programm RDAD (Teri et al., 2003)	Mitmekomponendiline	Dementsusega inimene

51	Tugevustel põhinev võimestussekkumine (D-StEP-MCI) (Yu et al., 2019)	Mitmekomponendiline	Mõlemad
52	Keskkondlik oskuste arendamise programm hooldajatele (Gitlin et al., 2003)	Mitmekomponendiline	Hooldajad
53	Automatiseeritud telefonitugisüsteem (Mahoney et al., 2003)	Mitmekomponendiline	Hooldajad
54	New Yorgi Ülikooli hooldaja sekkumine NYUCI (Mittelman et al., 2007; Mittelman et al., 2004; Jang et al., 2004; Roth et al., 2005; Drentea et al., 2006)	Mitmekomponendiline	Hooldajad

55	New Yorgi Ülikooli hooldaja sekkumine NYUCI võõrkeelne kohandus 1(Werner et al., 2021b)	Mitmekomponendiline	Hooldajad
56	New Yorgi Ülikooli hooldaja sekkumine NYUCI kohandus 2 (Sperling et al., 2020b)	Mitmekomponendiline	Hooldajad
57	New Yorgi Ülikooli hooldaja sekkumine NYUCI kohandus 3 ehk NYUCI-AC (Gaugler et al., 2013b; Gaugler et al., 2015; Gaugler et al., 2016)	Mitmekomponendiline	Hooldajad
58	Ressursid Alzheimeri tõve hooldajate tervise edendamiseks REACH II (Belle et al., 2006; Elliot et al., 2010; Lykens et al., 2014)	Mitmekomponendiline	Hooldajad

59	Ressursid Alzheimeri tõve hooldajate tervise edendamiseks REACH II võõrkeelne kohandus 1 ehk REACH-HK (Cheung et al., 2015)	Mitmekomponendiline	Hooldajad
60	Ressursid Alzheimeri tõve hooldajate tervise edendamiseks REACH II võõrkeelne kohandus 2 ehk DE-REACH (Berwig et al., 2017)	Mitmekomponendiline	Hooldajad
61	Ressursid Alzheimeri tõve hooldajate tervise edendamiseks REACH II edasiarendus 1 ehk REACH OUT (Burgio et al., 2009)	Mitmekomponendiline	Hooldajad
62	Ressursid Alzheimeri tõve hooldajate tervise edendamiseks REACH II edasiarendus 1 ehk REACH VA (Nichols et al., 2011)	Mitmekomponendiline	Hooldajad

	Sekkumine	
Dementsuse aste	Sekkumisviis (grupiseanss, individuaalne, diaad, kombineeritud)	Sekkumise kestus
Täpsustamata	Kombineeritud (grupiseansid ja individuaalne)	12 nädalat
Täpsustamata	Grupiseansid	12 nädalat
Täpsustamata	Kombineeritud (grupiseansid ja individuaalne)	6 nädalat
Kerge kuni mõõdukas dementsus	Kombineeritud (kaks grupiseanssi, seejärel diaad)	12 nädalat
Kerge kuni mõõdukas dementsus	Diaad	15 nädalat

Kerge dementsus	Grupiseansid	20 nädalat
Kerge kuni mõõdukas dementsus	Diaad	16 nädalat
Varane kuni kerge dementsus	Grupiseansid	26 nädalat
Mõõdukas kuni raske dementsus	Diaad	12 nädalat
Mõõdukas kuni raske dementsus	Grupiseansid või individuaalne	52 nädalat

Kerge dementsus	Diaad	8 nädalat
Kerge dementsus	Individuaalne	12 nädalat
Täpsustamata	Individuaalne	8-10 nädalat
Täpsustamata	Individuaalne	26 nädalat
Kerge kuni mõõdukas dementsus	Individuaalne	52 nädalat
Täpsustamata	Kombineeritud (grupiseansid ja individuaalne)	26 nädalat

Varane kuni kerge dementsus	Individuaalne	8 nädalat
Varane dementsus	Individuaalne	5 nädalat
Varane kuni kerge dementsus	Individuaalne	4 nädalat
Mõõdukas dementsus	Kombineeritud (grupiseansid ja individuaalne)	12 nädalat

Mõõdukas dementsus	Individuaalne	8 nädalat
Täpsustamata	Grupiseansid	26 nädalat
Kõik astmed	Individuaalne	4 nädalat
Kerge kuni mõõdukas dementsus	Diaad	24 nädalat

Täpsustamata	Individuaalne	7-12 nädalat
Täpsustamata	Grupiseansid	5 nädalat
Täpsustamata	Grupiseansid	12 nädalat
Mõõdukas dementsus	Grupiseansid	7 nädalat
Täpsustamata	Individuaalne	12 nädalat
Kerge kuni mõõdukas dementsus	Individuaalne	12 nädalat

Mõõdukas dementsus	Individuaalne	20 nädalat
Kerge kuni mõõdukas dementsus	Kombineeritud (grupiseansid ja individuaalne)	52-104 nädalat
Kõik astmed	Individuaalne	12 nädalat
Kerge kuni mõõdukas dementsus	Individuaalne ja sotsiaalne suhtlus teiste hooldajatega	26 nädalat
Täpsustamata	Individuaalne	5 nädalat

Täpsustamata	Individuaalne	4 nädalat
Varane dementsus	Grupiseansid	9 nädalat
Kerge kuni mõõdukas dementsus	Individuaalne	4 nädalat
Kerge kuni mõõdukas dementsus	Diaad	16 nädalat
Kerge kuni mõõdukas dementsus	Diaad	16 nädalat

Kerge kuni mõõdukas dementsus	Diaad	5 nädalat
Mõõdukas kuni raske dementsus	Diaad	12 nädalat
Kerge kuni mõõdukas dementsus	Grupiseansid	6 nädalat
Kerge kuni mõõdukas dementsus	Grupiseansid	13 nädalat
Varane kuni mõõdukas dementsus	Diaad	8 või 12 nädalat + 26 nädalat

Kerge kuni mõõdukas dementsus	Grupiseansid	12 nädalat
Kerge dementsus	Grupiseansid	7 nädalat
Kerge dementsus	Individuaalne	104 nädalat
Kerge kuni mõõdukas dementsus	Individuaalne	12 nädalat
Mõõdukas kuni raske dementsus	Diaad	12 nädalat

Kerge dementsus	Kombineeritud (grupiseansid ja diaad)	14 nädalat
Kerge kuni mõõdukas dementsus	Diaad	26 nädalat + 26 nädalat
Täpsustamata	Individuaalne	52 nädalat
Täpsustamata	Kombineeritud (grupiseansid, individuaalne ja perega)	16 nädalat

Täpsustamata	Kombineeritud (grupiseansid, individuaalne, perega)	16 nädalat
Täpsustamata	Kombineeritud (grupiseansid ja individuaalne)	26 nädalat
Täpsustamata	Kombineeritud (individuaalne ja perega)	16 nädalat
Täpsustamata	Kombineeritud (grupiseansid ja individuaalne)	26 nädalat

Mõõdukas dementsus	Individuaalne	26 nädalat
Täpsustamata	Kombineeritud (grupiseansid ja individuaalne)	26 nädalat
Täpsustamata	Individuaalne	16 nädalat
Täpsustamata	Kombineeritud (grupiseansid ja individuaalne)	26 nädalat

Sekkumise regulaarsus	Elluviimise keskkond
1 seanss nädalas (7 grupikohtumist ja 5 individuaalset seanssi)	Telefonipõhine
1 seanss nädalas (5 nädalat grupiseanss, telefonikõned)	Kogukond
2-3 seanssi nädalas	Kodu ja kogukond
1 seanss nädalas (2 grupiseanssi, 3 juhendajaga koos, 7 telefoni teel juhendamist)	Kodu ja kogukond ja telefonitugi
1 seanss 10 päeva jooksul (kokku 10 seanssi, lisaks telefonitugi)	Kogukond ja telefonitugi

1 seanss nädalas (2 tundi)	Kogukond
1 seanss päevas (10 harjutuse tegemine ja 30 minutit kõndimist)	Kodu
3-5 seanssi nädalas (150 minutit kokku)	Kogukond
5 seanssi nädalas (20-30 minutit)	Kodu
2 seanssi nädalas (60 minutit kord)	Kodu või kogukond

5 seanssi nädalas (30 minutit kord)	Kodu
7 seanssi nädalas	Kodu ja kogukond
Individuaalne	Digitaalne
Kokku 16 telefonikõnet	Telefonipõhine
Kokku 23 telefonikõnet	Telefonipõhine
Kokku 14 sessiooni (6 grupis ja 8 individuaalset)	Digitaalne

1 seanss nädalas	Kodu
1 seanss nädalas (90-120 minutit)	Kodu
1 seanss nädalas	Kodu
1 seanss nädalas	Kodu ja kogukond

1 seanss nädalas	Kodu
1 seanss nädalas	Telefonipõhine
Igapäevane (vabakasutus)	Digitaalne
Kokku 10 kodukülastust ja 4 telefonikontakti	Kodu

Igapäevane (vabakasutus)	Digitaalne
1 seanss nädalas	Kogukond
1 seanss nädalas	Kogukond
1 seanss nädalas	Kogukond
Ühekordne sekkumine	Kodu
1 seanss nädalas	Kodu

1 seanss nädalas (esimene kuu), 2 seanssi kuus (järgmised 4 kuud)	Telefonipõhine
2-3 seanssi nädalas	Kogukond
1 seanss nädalas	Telefonipõhine
Igapäevane (vabakasutus)	Digitaalne
2 seanssi nädalas	Digitaalne ja telefonipõhine

Igapäevane (vabakasutus)	Digitaalne
1 seanss nädalas (90 minutit)	Kogukond
2 seanssi kogu aja jooksul	Kodu
2 seanssi kuus (6 kodukülastust, 2 telefonikontakti)	Kodu ja telefonipõhine
2 seanssi kuus	Kodu või digitaalne

2 seanssi nädalas	Kodu
5 seanssi kokku	Kodu
1 seanss nädalas	Kogukond
1 seanss nädalas	Kogukond
Uuring 1: 14 seanssi kokku Uuring 2: 10 seanssi kokku	Kodu

5 seanssi nädalas	Kogukond
2 seanssi nädalas	Kogukond
10 seanssi kokku	Kodu
3 seanssi nädalas	Kodu
1 seanss nädalas + igapäevane mõõdukas aktiivsus	Kodu

10 seanssi kokku	Kodu ja kogukond ja telefonipõhine
6 seanssi aktiivfaasis (6 kuud)	Kodu
1 seanss nädalas ja igapäevane vabakasutus	Telefonipõhine
6 individuaalset seanssi, muu lisaks	Kodu ja kogukond

6 individuaalset seanssi, muu lisaks	Kodu ja kogukond
2 individuaalset seanssi, 4 grupiseanssi, muu lisaks	Kogukond või telefonipõhine
3 individuaalset seanssi, 3 pereseanssi, muu lisaks	Kogukond
12 individuaalset, 5 grupiseanssi	Kodu ja telefonipõhine

12 individuaalset seanssi	Kodu ja kogukond
12 individuaalset seanssi, muu lisaks	Kodu ja kogukond
7 seanssi kokku (4 kodukülastust, 3 telefonikontakti)	Kodu ja telefonipõhine
17 seanssi kokku (9 individuaalset, 3 telefonikontakti, 5 telefonigrupiseanssi)	Kodu ja telefonipõhine

Sekkumise elluviija (kompententsid, sh, kui läbi viib lähedane)

Magistri- või doktorikraadiga nõustaja

Sotsiaaltöötaja

Teadlane

Tegevusterapeudid, hooldaja ise

Kliinilised psühholoogid, kellel on kogemus dementsusega inimestega töös

Koolitatud juhendaja

Koolituse läbinud omastehooldaja

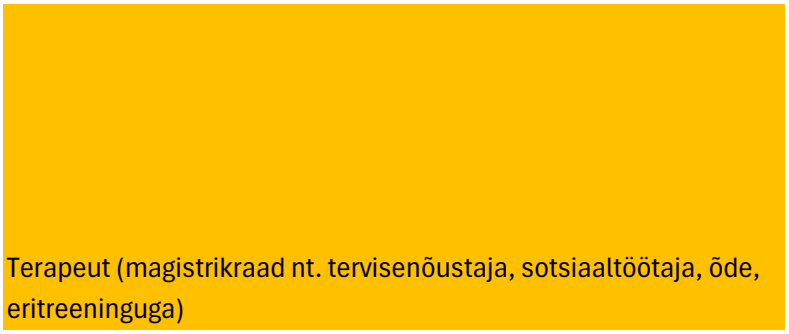
Sertifiseeritud personaaltreenerid

Registreeritud treener

Füsioterapeut (spetsialiseerunud dementsuse valdkonnas)

Sekkumisjuht (psühholoogia bakalaureuse kraad, saanud koolituse gerontoloogia ja käitumuslike muutuste vallas)

Psühholoog



Terapeut (magistrikraad, eritreeninguga)

Kliiniline sotsiaaltöötaja (sertifitseeritud ja programmi 1-päevase koolituse läbinud)

Koolitatud õendustöötaajad

Koolitatud sekkumisjuht

Kogukonnakonsultant (magistrikraad nõustamises, psühholoogias või sotsiaaltöös ning aasta kliinilist kogemust vanemaealistega)

Sotsiaaltöötaja

Puudub

Tegevusterapeut ja medõde (pika koduhoolduskogemusega, lisaks 35 tundi koolitust)

Puudub

Sotsiaaltöötaja (20 tundi projektikoolitust)

Psühholoog ja tegevusterapeut

Õendusspetsialist (varasem kogemus dementsusega inimeste perekondade nõustamisel, 4 päeva projektikoolitust)

Uurijad ja assistendid

Kliinilised psühholoogid, kliinilised sotsiaaltöötajad ja kliiniline doktorand (programmi koolitusega)

Uuring 1: Vabatahtlikud (vanemaealised, üliõpilased - 42 h koolitust ja 20h programmikoolitust) ja superviisorid;
Uuring 2: Paraprofessionaalid (üldise vaimse tervise taustaga spetsialistid, kellel puudus varasem kogemus sekkumiste läbiviijana või ametlik psühhoteraapia-alane väljaõpe - 42h koolitust ja 20h programmikoolitust) ja superviisor

Tegevusterapudid, psühholoogid, sotsiaaltöötajad, koolitatud vabatahtlikud

Sotsiaaltöötajad (registreeritud, koolitatud dementsuse, hoolduse ja psühhohariduse vallas)

Puudub

Telefoninõustaja

Puudub

Spetsialistid (magistrikraadiga, kogemus dementsusega inimeste toetamisel, programmikoolitus)

Tegevusterapeut

Egonoomika- ja tegevusterapeut (programmikoolitus 25h)

Tegevusterapeut (2 päeva programmikoolitus)

Tegevusteraput (80h koolitust, kogemus dementsusega inimestega 240h)

Tegevusterapeut (litsentsiga, vähemalt aasta kogemust vanemaealistega, programmikoolitus 20h)

Muuseumi haridustöötajad (programmikoolitus)

Professionaalne dirigent (programmikoolitus), muusikaterapeut (kogemus töös vanemaealistega), vabatahtlikud

Uuring 1: Tegevusterapeudid ja assistendid (programmikoolitus mõlemale, kogemus töös dementsete inimestega või vanemaealistega)
Uuring 2: Tegevusterapeudid ja psühholoogid (programmikoolitus, kogemus töös dementsusega inimestega ja neuroloogiliste patisentidega)

Psühholoogid, kehalise kasvatuse tudengid, neuroloog

Sotsiaaltöötajad (2 aastat kogemust dementsusega inimestega), tai chi meistrid (5 aastane tai chi õpetamise kogemus, doktorikraad sotsiaaltöös ja 2 aastat kogemust vanemaealistega töös), assistendid

Tervisetöötajad (kogemus koduhoolduses)

Puudub

Tervishoiutöötajad (nt õed, füsioterapeudid, sotsiaaltöötajad, kogemus dementsusega inimestega töös ja koduabis), kliinilised geroposühholoogid

Bakalaureusekraadiga spetsialistid (gerontoloogia ja hoolekande taustaga, programmikoolitus 40h)

Tegevusterapeudid (programmikoolitus 25h)

Puudub

Nõustajad (magistri või kõrgem kraad, psühholoogia, gerontoloogia, nõustamine, programmikoolitus)

Nõustaja (magistri või kõrgem kraad, psühholoogia, sotsiaaltöö, varasem kogemus dementsusega inimestega, 2 päeva programmikoolitust)

Kliinilised neuropsühholoogid ja sotsiaaltöötajad (programmikoolitus)

Psühholoogid (magistrikraadiga)

Spetsialistid (bakalaureusekraad, psühholoogia, sotsiaaltöö, õendus, tegevusteraapia, programmikoolitus)

Sotsiaaltöötajad (1 aasta kogemust vanemaealistega või hooldajate nõustamisega, programmikoolitus)

Spetsialist (3a väljaõpe, tegevusterapeut, medõde, kogemus dementsuse valdkonnas)

Spetsialist (Area Agencies on Aging, programmikoolitus)

Spetsialist (sotsiaaltöötaja, psühholoog, medõde)

	Uuringutulemused
Esmane positiivse mõju väljundnäitaja	Teisene positiivse mõju väljundnäitaja
Hooldajate enesetõhususe paranemine Hooldamiseesmärkidega seotud probleemide paranemine	Hooldajad pidasid programmi kasulikuks
Hooldajate düstressi vähenemine Hooldajate depressiooni vähenemine Hooldajate enesetõhususe paranemine	Positiivne mõju puudus
Positiivne mõju puudus	Dementsusega inimeste emotsionaalse väljenduse paranemine Dementsusega inimeste sotsiaalse suhtluse paranemine
Hooldajate hoolduskoormuse paranemine	Dementsusega inimeste elukvaliteedi paranemine Hooldajate kogetud ebakindluse vähenemine Hooldajate negatiivsete emotsioonide vähenemine Hooldajate ebapiisavuse tunde vähenemine
Positiivne mõju puudus	Dementsusega inimeste depressiooni taseme vähenemine

Dementsusega inimeste kognitiivsete näitajate paranemine (ainult amnestilise kognitiivse häirega osalejate puhul)	Dementsusega inimeste meeleolu paranemine (ainult amnestilise kognitiivse häirega osalejate puhul)
Dementsusega inimeste kognitiivse seisundi paranemine	
Dementsusega inimeste igapäevategevuste paranemine	Dementsusega inimeste funktsionaalse liikuvuse paranemine
Positiivne mõju puudus	Dementsusega inimeste funktsionaalse võimekuse (DAD) paranemine
Positiivne mõju puudus	Hooldajate koormuse vähenemine
Dementsusega inimeste täidesaatva funktsiooni paranemine (kella joonistamise test)	Positiivne mõju puudus

Dementsusega inimeste tasakaalu paranemine	Dementsusega inimeste kukkumishirmu vähenemine Dementsusega inimeste elukvaliteedi paranemine
Dementsusega inimeste füüsilise hapruse vähenemine	Dementsusega inimeste sammude arvu paranemine Dementsusega inimeste kõnniaja ja kiirkõnniaja paranemine
Hooldajate depressiivsete sümptomite vähenemine	Hooldajate ärevuse vähenemine
Hooldajate depressiooni vähenemine Hooldajate reaktsiooni paranemine hooldatava depressiivsele käitumisele	Hooldajate tugiteenuste kasutamise suurenemine Hooldajate harvem hospitaliseerimine
Hooldajate koormuse langemine Hooldajate reaktsiooni paranemine hooldatava käitumis- ja mäluprobleemidele	Positiivne mõju puudus
Hooldajate depressiooni paranemine (ainult nendel, kellel olid eelnevalt kõrgemad depressiooninäitajad) Hooldajate sotsiaalse toe näitajate paranemine (ainult nendel, kellel baastaseme tugi oli kõrgem)	Positiivne mõju puudus

Hooldajate afektiivsete sümptomite paranemine	Hooldajate elukvaliteedi paranemine
Hooldajate ärevuse ja depressiooni vähenemine	Hooldajate üldise emotsionaalse heaolu paranemine
Hooldajate teadmiste paranemine suhtlemisraskustest ja nendega toimetulekust	
Hooldajate suhtlemisraskustest tingitud häirituse vähenemine	
Hooldajate eneseefektiivsuse paranemine suhtlemisega toimetulekul	Positiivne mõju puudus
Dementsusega inimeste depressiivsete sümptomite vähenemine	
Dementsusega inimeste elukvaliteedi paranemine	Suurenenud toimetulekustrateegiate kasutamine
Dementsusega inimeste probleemkäitumise sageduse vähenemine (PC rühmas)	
Hooldajate meeleolu paranemine (SC rühmas)	Hooldajate koormuse vähenemine (SC rühmas)

Sekkumise teostamine	Hooldajate depressiooni vähenemine Subjektiivse hoolduskoormuse vähenemine Hooldajate reaktiivsuse vähenemine hooldatava käitumisprobleemidele. Dementsusega inimeste elukvaliteedi paranemine

Hooldajate depressiooni vähenemine (ainult 65 aastaste ja vanemate hooldajate puhul)	Positiivne mõju puudus
Hooldajate stressitaseme vähenemine Hooldajate depressiivsete sümptomite vähenemine	Hooldajate ärevuse vähenemine
Dementsusega inimeste probleemkäitumise esinemissageduse vähenemine Hooldajate negatiivsete reaktsioonide vähenemine hooldatava käitumisele Hooldajate enesekindluse suurenemine	Hooldajate depressiooni ja hoolduskoormuse vähenemine

Hooldajate stressitaseme vähenemine	Positiivne mõju puudus
Hooldajate düstressi vähenemine	Positiivne mõju puudus
Hooldajate depressiivsete sümptomite vähenemine Hooldajate düsfunktsionaalsete mõtete vähenemine	Positiivne mõju puudus
Hooldajate enesekindluse suurenemine hooldamisega toimetulekul Hooldajate valmisoleku paranemine hoolduse pakkumiseks Hooldajate enesetõhususe suurenemine hooldaja rollis ja planeerimise paranemine	Hooldajate probleemilahendusstrateegiate kasutamise suurenemine
Hooldajate enesetõhususe suurenemine Hooldajate hoolduskoormuse vähenemine Pere koduohutuse suurenemine	Dementsusega inimestel kodukeskkonnas riskikäitumise vähenemine Dementsusega inimestel koduvigastuste vähenemine
Dementsusega inimeste depressiooni vähenemine Dementsusega inimeste funktsionaalse piiratuse vähenemine	Dementsusega inimestel depressiooni remissioonimäära suurenemine

	Uuring 1: Hooldajate emotsiooniregulatsiooni strateegiate kasutamise suurenemine
Uuring 1: Hooldajate depressiooni vähenemine	Uuring 2: Hooldajate koormuse vähenemine
Uuring 2: Hooldajate depressiooni vähenemine	Hoodlajate suhterahulolu paranemine
Hooldajate koormuse vähenemine	Dementsusega inimeste elukvaliteedi paranemine
Hooldajate koormuse vähenemine Hooldajate enesetõhususe suurenemine	Positiivne mõju puudus
Hooldajate elukvaliteedi paranemine	Dementsusega inimeste kaalu suurenemine
Hooldajate depressiooni vähenemine Hooldajate tajutud stressi vähenemine	Hooldajate vererõhunäitajate paranemine

Hooldajate stressi vähenemine
Hoodlajate düstressi vähenemine

Hooldajate toimetulekuoskuste paranemine

Uuring 1: Hooldajate elukvaliteedi paranemine
Uuring 2: Dementsusega inimeste elukvaliteedi paranemine

Uuring 1: Perekonflikti vähenemine
Uuring 2: Dementsusega inimeste depressiooni vähenemine

Hooldajate koormuse vähenemine
Dementsusega inimeste iseseisvuse suurenemine enesehooldusel

Uuring 1: Dementsusega inimeste käitumisümptomite vähenemine
Uuring 2: Dementsusega inimeste käitumissümptomite vähenemine

Uuring 1: Dementsusega inimeste tegevuskaasatuse paranemine
Hooldajate ajakulu vähenemine
Hooldajate enesetõhususe suurenemine
Uuring 2: Hooldajate düstressi vähenemine

Positiivne mõju puudus

Hooldajate poolt tajutud olukorra paranemine
Dementsusega inimese häiriva käitumise vähenemine (ainult digitaalse sekkumise puhul)

Dementsusega inimeste igapäevase toimetuleku paranemine Hooldajate kompetentsustunde suurenemine Hooldajate elukvaliteedi paranemine	Hooldajate meeleolu paranemine
Dementsusega inimeste toimetuleku paranemine igapäevategevustes	Positiivne mõju puudus
Dementsusega inimeste emotsionaalse heaolu paranemine Dementsusega inimeste elukvaliteedi paranemine	Dementsusega inimeste apaatsuse ja ärevuse vähenemine
Dementsusega inimeste elukvaliteedi paranemine	Dementsusega inimeste suhtluse paranemine hooldajaga Hooldajate enesehinnangu paranemine
Uuring 1: Pere eesmärkide saavutamise paranemine Uuring 2: Pere eesmärkide saavutamise paranemine	Uuring 1: Dementsusega inimeste enesetõhususe ja enesekindluse suurenemine igapäevategevustes Hooldajate stressi vähenemine Uuring 2: Dementsusega inimeste rahulolu paranemine

Dementsusega inimeste meeleolu paranemine Dementsusega inimeste apaatia ja depressiivsete sümptomite vähenemine Hooldajate parem tuju ja paranenud arusaam lähedase seisundi kohta	Positiivne mõju puudus
Dementsusega inimeste kognitsiooni paranemine	Positiivne mõju puudus
Dementsusega inimeste väiksem risk kognitiivsele langusele Dementsusega inimeste täidesaatvate funkstsioonide paranemine	Positiivne mõju puudus
Dementsusega inimeste igapäevaelu fuktsioonide säilimine	Dementsusega inimeste reageerimisaja paranemine Dementsusega inimeste motoorsete oskuste ja sõnavara paranemine Hooldajate koormuse paranemine
Dementsusega inimeste füüsilise tervise paranemine Dementsusega inimeste depressiooni vähenemine	Dementsusega inimeste füüsilise aktiivsuse suurenemine

Dementsusega inimeste kognitiivse funktsiooni paranemine Dementsusega inimeste subjektiivse mälu paranemine	Dementsusega inimeste meeleolu paranemine
Hooldajate abivajaduse vähenemine pereliimetelt igapäevatoimingutes	Hooldajate ärrituvuse vähenemine
Hooldajate depressiooni vähenemine (ainult nendel, kellel oli algtasemel madalam või keskmine toimetulekutunne)	Hooldajate ärevuse vähenemine (ainult nendel, kelle oli algtasemel madalam või keskmine toimetulekutunne)
Uuring 1: Hooldajate enesehinnanguline tervis (Mittelman et al., 2007) Hooldajate depressiooni vähenemine (Mittelman et al., 2004) Hooldajate tugivõrgustikuga rahulolu kasv (Drentea et al., 2006) Hooldajate negatiivsete reaktsioonide vähenemine käitumisprobleemidele (Mittelman et al., 2004) Dementsusega inimeste hooldekodusse paigutamise edasilükkumine (Mittelman et al., 2006) Uuring 2: Hooldajate tugivõrgustikuga rahulolu kasv Peresiseste konfliktide vähenemine (Fauth et al., 2019)	Positiivne mõju puudus

Hooldajate depressioonisümptomite vähenemine	Positiivne mõju puudus
Hooldajate depressioonisümptomite vähenemine Hooldajate hoolduskoormuse vähenemine	Positiivne mõju puudus
Dementsusega inimeste hoolekandeasutusse paigutamise vähenemine (Gauglet er al., 2013b) Hooldajate depressioonisümptomite vähenemine (Gaugler et al., 2015) Hooldajate subkektiivse stressi vähenemine (Gaugler et al., 2016)	Positiivne mõju puudus
Uuring 1: Hooldajate elukvaliteedi paranemine (v.a. mustanahalised või Aafrika päritolu ameeriklased) Hooldajate hinnangu paranemine tervisele ja une kvaliteedile (Elliot et al., 2010)	
Uuring 2: Hooldajate depressiooni vähenemine Hooldajate hoolduskoormuse vähenemine	Uuring 1: Hooldajate kliinilise depressiooni vähenemine

Hooldajate arusaama paranemine hooldamise positiivsetest külgedest
Hooldajate depressioonisümptomite vähenemine
Dementsusega inimeste käitumisprobleemide leevenemine

Positiivne mõju puudus

Hooldajate hoolduskoormuse vähenemine
Hooldajate depressiooni vähenemine
Hooldajate sotsiaalse toetuse ja hooldamise positiivsete aspektide suurenemine
Dementsusega inimeste riskikäitumise vähenemine ja meeleolu paranemine

Hooldajate hoolduskoormuse vähenemine
Hooldajate depressiooni vähenemine
Dementsusega inimeste probleemsete käitumiste arvu vähenemine

Pikaajaline mõju	Uuringu valim
Ei hinnatud	20 inimest
Ei hinnatud	67 inimest
Ei hinnatud	30 paari
Ei hinnatud	100 paari
Säilis (6 kuud)	50 paari

Ei hinnatud	39 inimest

Ei hinnatud	76 inimest
Ei hinnatud	131 paari
Säilis	210 paari

Esmane säilis, teisene ei säilinud (16 nädala järel) 30 inimest

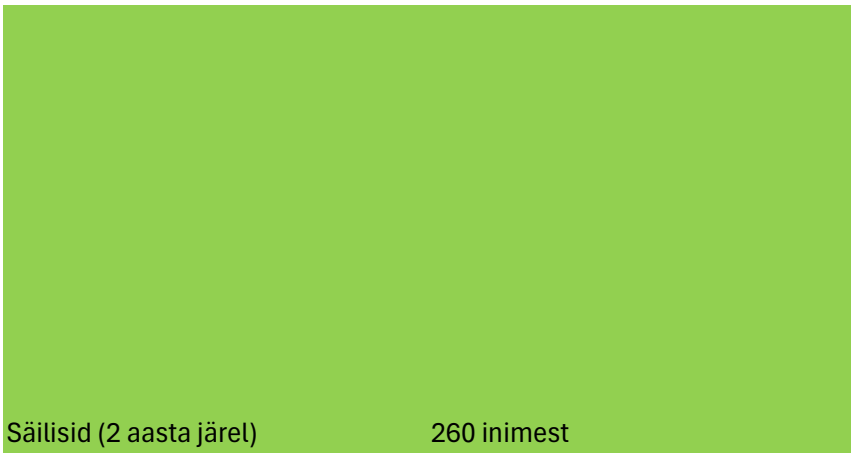
Ei hinnatud 33 inimest

Ei hinnatud 175 inimest

Ei hinnatud 250 paari

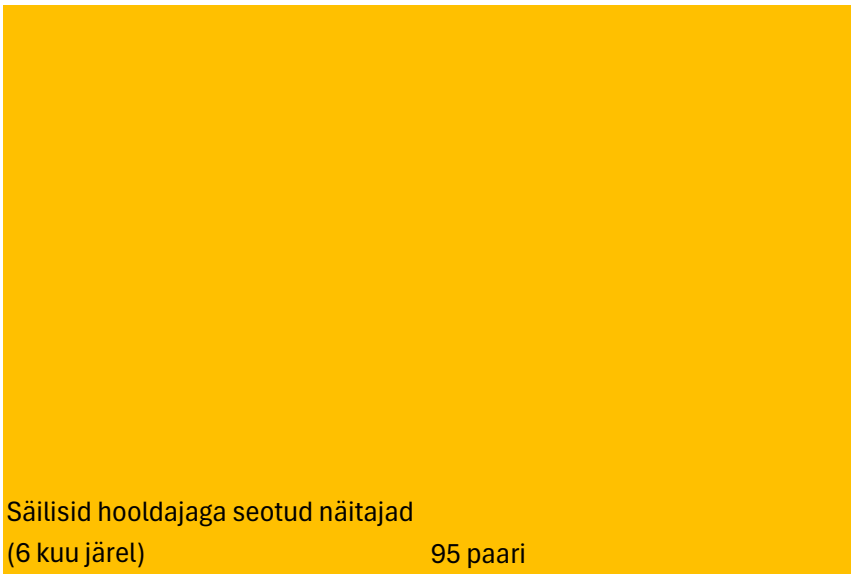
Ei hinnatud 60 inimest

Ei hinnatud 46 inimest

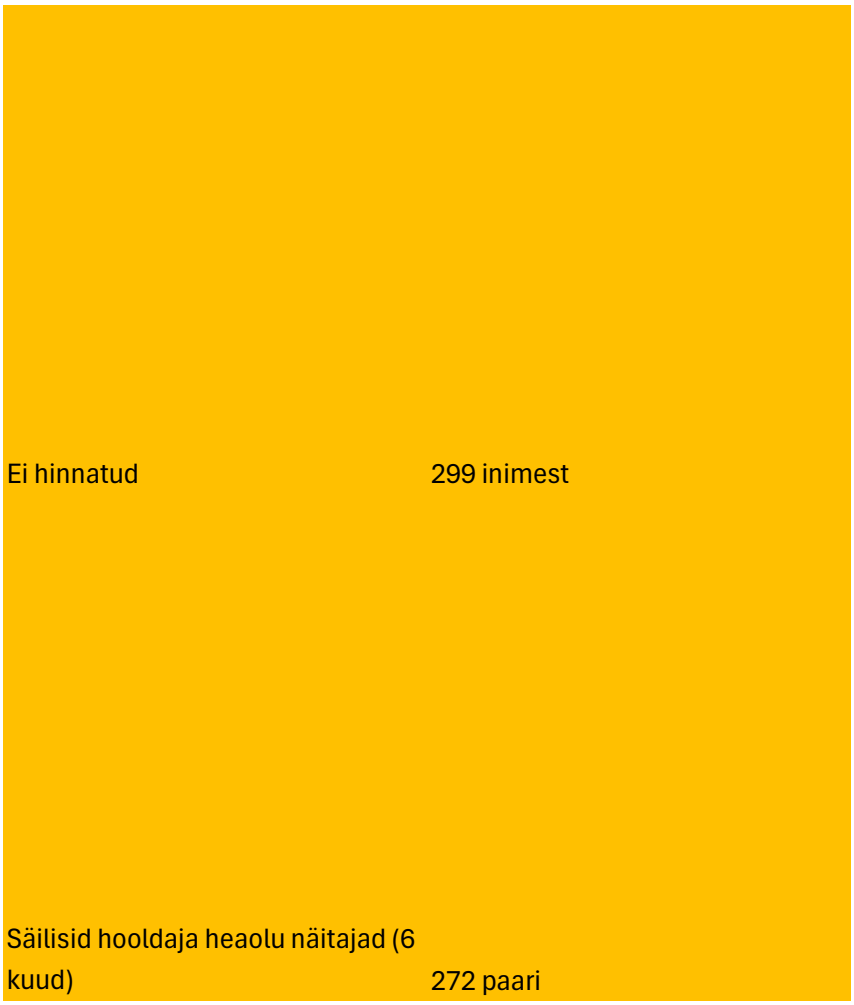


Säilis teadmiste kasv (6 nädalat) 50 inimest

Ei hinnatud 18 paari



Ei hinnatud 103 inimest



Ei hinnatud	150 inimest

Ei hinnatud	80 inimest
Säilisid (15 kuud)	167 inimest
Säilisid (3 kuud)	111 inimest
Ei hinnatud	108 paari

Ei hinnatud	74 inimest

Ei hinnatud	Uuring 1: 96 inimest Uuring 2: 111 inimest
Säilis	129 paari
Ei hinnatud	38 inimest
Ei hinnatud	60 paari
Säilisid (6 kuu järel)	103 inimest

Ei hinnatud	57 inimest
Ei hinnatud	Uuring 1: 39 paari Uuring 2: 142 paari
Ei hinnatud	40 paari
Uuring 1: Ei hinnatud; Uuring 2: Ei säilinud	Uuring 1: 60 paari; Uuring 2: 160 paari
Ei hinnatud	63 paari

Säilisid (3 kuud), v.a. elukvaliteet	135 paari
Ei hinnatud	171 paari
Ei hinnatud	96 paari
Ei hinnatud	37 inimest
Uuring 1: Ei hinnatud Uuring 2: Säilisid (6 kuu järel)	Uuring 1: 427 paari Uuring 2: 26 paari

Ei hinnatud	14 inimest
Ei hinnatud	101 inimest
Säilisd (24 kuud)	221 inimest
Säilisid igapäevaelu funktsioonid (3 kuu järel)	30 inimest
Säilisid füüsilise tervise paranemine ja aktiivsuse suurenemine, depressiooni vähenemine ainult neil, kellel oli kõrge baasjoone depressioon (24 kuu järel)	153 paari

Säilisid mälu ja meeleolu tulemused (3 kuud)	103 paari
Ei hinnatud	190 inimest
Säilisid ainult nendel, kellel oli algtasemel madalam või keksmine toimetulekutunne (18 kuud)	100 inimest
Säilis enesehinnanguline tervis (2 aastat), depressioon (3,1 aastat), tugivõrgustikuga rahulolu kasv (5 aastat)	Uuring 1: 406 inimest Uuring 2: 294 inimest

Säilis (12 kuud)	100 inimest
Säilis (6 kuud)	122 inimest
Säilis depressioonisümptomite vähenemine (3 aastat), subjektiivse stressi vähenemine (1 aasta)	107 inimest
Ei hinnatud	Uuring 1: 642 inimest Uuring 2: 177 paari

Ei hinnatud	201 inimest
Säilis, kuid vähenes mõõdukaks (9 kuu järel)	62 inimest

Ei hinnatud	236 paari

Ei hinnatud	98 paari

Rakendatavus
Hinnang sekkumise võimalikule rakendatavusele ning soodustajad ja takistajad (sihtrühma ja tulemuste eripärad, rakendajad, vastavus sihtrühma vajadustele, vastuvõtlikkus, regionaalne mõõde, sobivus hooldekodu konteksti)
Uuringus osalejad olid maapiirkondades elavad dementsusega inimeste hooldajad, kellele esines psühholoogilist düstressi, suurt hoolduskoormust või raskusi igapäeva hooldusprobleemide lahendamisel. Esmaselt oluliste hoolduskoormuse ja depressiivse meeleolu muutuste osas ajas ei leitud rühmade vahel statistiliselt olulisi erinevusi.Eestis oleks võimalik leida magistrikraadiga nõustajaid, kuid doktorikraadiga nõustajate leidmine raskendatud. Rahastus peaks katma nõustajate palga ja telefoniga seotud kulud ning materjalid programmi haldajalt. Sekkumine on paraja pikkusega (12 nädalat).Telefonipõhine sekkumine sobiks hästi nii hajaasustusega kui ka linna keskkonda. Kuna sekkumine on suunatud kodus elavatele dementsusega inimeste hooldajatele, siis hooldekodu konteksti ei sobiks. Uuringu valim oli väike, vajalikud lisauuringud. Programm oli kohandatud spetsiaalselt ladina-ameeriklaste kogukonna eripärade, väärtuste ja suhtlusstiiliga. Ärevuse osas statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnenud. Eestis kasutamiseks vajaks programm kohandamist. Eestis oleks arvatavasti võimalik leida sotsiaaltöötajaid, kes saaksid aidata programmi läbi viia. Sekkumine on paraja pikkusega (12 nädalat), nendest grupikohtumisi 5 nädalat ja 4 korda telefonitugi läbiviija poolt. Seoses iganädalaste grupikohtumistega sobiks sekkumine paremini linnakeskkonda. Kuna sekkumine on suunatud kodus elavatele dementsusega inimeste hooldajatele, siis hooldekodu konteksti ei sobiks. Pikaajalist mõju ei Uuringus osalemine eeldab Paro robotkaaslase olemasolu, et seda saaks kasutada nii grupiseansidel kui ka kodus. Programm on lühike (6 nädalat) ja võib seetõttu soodustada osalemist. Seoses mitu korda nädalas toimuvate grupikohtumistega sobiks paremini linnakeskkonda. Programmi saaks läbi viia ka hooldekodu kontekstis, kuid iga osaleja vajaks oma isiklikku Paro. Esmaste tulemusnäitajate (kognitsiooni, ärritatatavuse ja depressiooni) osas positiivsed tulemused puudusid. Tulemused esinesid vaid emotsionaalse väljenduse osas (mida mõõdeti positiivsete näoilmete olemasoluga) ning sotsiaalse suhtluse osas (osalejad suhtlesid teadlastega rohkem). Programmi viisid läbi teadlased. Uuringu valim oli väike, vajalikud lisauuringud. Pikaajalist
Uuringus osalejad olid abielupaarid, kus üks on dementsusega inimene ja teine hooldaja. Osalemise välistas abikaasa psühhiaatriline häire või teadaolev ainete kuritarvitamise ajalugu. Läbiviijad ei olnud uuringu jooksul pimendatud. Mõned tulemused põhinesid enesehinnangulistel küsimustikel ja päevikute täitmisel (oht kallutatusele). Sekkumist viivad läbi tegevusterapeudid, kes juhivad esimesi seansse ja seejärel hooldajad, kes saavad telefoni teel tegevusterapeutidelt tuge. Eestis oleks võimalik linnalistes piirkondades tegevusterapeute leida. Ressursi osas on vajalik tegevusterapeutide rahastamine, transport üksikuteks koduvisiitideks ja materjalid programmi haldajalt. Sekkumine on paraja pikkusega (12 nädalat), 1 seanss nädalas (2 grupiseanssi, 3 juhendajaga koos, 7 telefoni teel juhendamist). Kuna ühiseid kohtumisi on vähe, siis sobiks sekkumine läbiviijate olemasolul ka hajaasustusega keskkonda. Kuna suure osa sekkumisest viivad läbi hooldajad ise, siis hooldekodu konteksti see ei sobiks. Uuringu valim oli keskmise suurusega. Pikaajalist mõju ei hinnatud.
Uuringus osalesid hooldajaga koos dementsusega inimesed, kellel oli kliiniliselt hinnatud ärevus. Olulisemate tulemusnäitajate osas statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnenud, samas vähenes depressioonitase ja see säilis ka järelhindamisel. Sekkumist viis läbi individuaalselt kliiniline psühholoog. Eestis võib kujuneda takistuseks sobivate läbiviijate leidmine, eriti hajaasustusega piirkondades. Sekkumine kestis 15 nädalat, kuid seansse oli kokku 10, lisaks telefonitugi. Kuna programm on mõeldud ühiseks osalemiseks kodus elavatele hooldatavatele ja nende hooldajatele, siis see hooldekodu konteksti ei sobiks.

Uuringus osalemise eeldus on võimekus grupitöös osaleda. Programm näitas positiivseid tulemusi ainult amnestilise kognitiivse häirega osalejate, kuid mitte kerge Alzheimeri tõvega osalejate puhul. Programm oli üsna pikk (20 nädalat) ja eeldas iganädalaselt kogukonnas grupiseanssidel osalemist, mis võib kujuneda piiranguks. Seetõttu sobiks rohkem linnakeskkonda. Sekkumine võiks sobida dementsusega inimestele, kellele keskkonnavahetus ei valmista probleeme. Ressursi osas on vajalikud koolitatud juhendajad ja programmi materjalid, kuid täpne info juhendaja koolituse kohta puudub. Grupikoolitusena võib sobida hooldekodu konteksti. Uuringu valim oli väike, vajalikud lisauuringud. Pikaajalist mõju ei hinnatud.

Uuringus osalejad olid kodus elavad dementsusega inimesed, kellel oli hooldajast pereliige või igapäevaselt külastada saav hooldaja, kes toetas harjutuste läbiviimist. Uuringus osalemise välistas füüsiline seisund, mis võis takistada harjutuste sooritamist, juba eelnevalt aktiivses treeningprogrammis osalemine või viimase kolme kuu jooksul dementsuse ravimitega alustamine. Uuringu jooksul ei olnud võimalik läbiviijaid ega osalejaid pimendada. Kõik osalejad lõpetasid programmi, mis on kodupõhiste sekkumiste puhul märkimisväärselt kõrge lõpuleviimise määr. Sekkumine sobiks hästi hooldajatele, kes soovivad ise oma lähedasega sekkumist läbi viia. Enne läbiviimist vajalik koolitus hooldajale ja dementsusega inimesele, lisaks vajalikud illustratsioonidega juhendmaterjalid. Kaks korda programmi jooksul vajalik telefonitugi. Programm on paraja pikkusega (16 nädalat). Sekkumine sobiks hästi nii hajaasustusega kui ka linnakeskkonda. Kui hooldekodus on juhendaja, kes on valmis individuaalseid seansse läbi viima, siis võib sobida ka hooldekodu konteksti. Uuringu valim oli väike,

Uuringus osalejad olid kodus elavad dementsusega inimesed. Esmaste tulemusnäitajate osas (mälu funktsioonid, täidesaatvad funktsioonid ja depressioonisümptomid) ei olnud statistiliselt olulist paranemist. Sekkumine mõjutas funktsionaalsust rohkem kui kognitsiooni. Programm on üsna pikk (26 nädalat) ja eeldab 3-5 korda nädalas dementsusega inimeste transporti kogukonna spordikeskusesse, mis võib tekitada takistusi ja väljalangevust. Sekkumine sobiks dementsusega inimestele, kellel ei ole liikumine raskendatud ning keskkonnavahetus probleemiks. Hajaasustuses võib olla läbiviimine raskendatud. Vajalik sertifitseeritud treeneri olemasolu ja juhendamine. Kui hooldekodus on olemas treeningruumid, siis võib sobida hooldekodu Uuringus osalesid mõõduka kuni raske dementsusega inimesed koos hooldajatega. Tulemused näitasid, et sekkumine ei vähendanud esmaselt olulisi käitumuslikke ja psühholoogilisi sümptomeid võrreldes kontrollrühmaga. Samas vähenes märkimisväärselt hooldajate koormus. Tulemused põhinesid enesehinnangulistel küsimustel. Sekkumine on paraja pikkusega (12 nädalat), kuid üsna intensiivne (5 korda nädalas). Sekkumine on üsna lihtsasti läbiviidav, sest esialgu juhendab treener ning seejärel käivad hooldaja ja hooldatav ise endale sobival ajal kodu lähedal jalutamas, lisaks täidavad päevikut ja saavad vajadusel telefonituge. Sekkumine sobiks nii hajaasustusega kui ka linnapiirkonda. Võimalik ka hooldekodu kontekstis katsetada. Pikaajalist mõju hoolduskoormuse osas ei hinnatud. Nii hooldajad kui hooldatavad hindasid programmi teostatavaks ja vastuvõetavaks. Tulemuste puhul ei tea, millist rolli võis mängida füüsiline liikumine Uuringus osalejad olid kodus elava dementsusega inimese abikaasast hooldajad. Programm andis tulemusi ainult täidesaatva funktsiooni osas, teiste kognitiivsete või füüsiliste võimekuste osas erinevusi ei leitud. Ka institutsionaliseerimise määrad kahe aasta jooksul rühmade vahel ei erinenud. Märgatavalt vähenes programmis osalemisele järgneva aasta jooksul nii kodupõhises kui ka grupipõhises treeningus osalenutel kukkumiste arv võrreldes kontrollgrupiga. Programmi saab läbi viia nii koduses keskkonnas kui ka grupina, mõlemal juhul juhendajaks füsioterapeut. Grupitreeningute puhul oleks vaja osalejatele korraldada ühistrandsport treeningsaali. Sekkumise puhul hooldajal eraldi roll puudub. Programm on pikk (52 nädalat), mis võib põhjustada väljalangevust. Grupisekkumisena võib sobida hooldekodu konteksti. Mõju oli täidesaatva

Uuringus osalesid dementsusega inimesed, kellel esines kukkumishirm või eelnenud aasta jooksul kukkumisi. Programm sobis kodukeskkonda ning pakkus hooldajale aktiivset rolli sekkumise elluviimisel. Samas treeningu intensiivsust ega kukkumiste arvu uuringu käigus ei mõõdetud. Programm on paraja pikkuse ja sekkumis-intensiivsusega. Kuna programmi saab täielikult kodus läbi viia, siis sobiks hästi nii hajaasustusega kui ka linna-keskkonda. Programm mõjutab tasakaalu, mis on igapäevaelus toimetulekuks oluline. Programmis kasutatakse kommertstootena kättesaadavat Wii-Fit Exergame lahendust. Mängu olemasolu on osalejatele vajalik. Samas saab vajadusel ühte mängu kordamööda kasutada mitu inimest, mis teeks selle sobilikuks ka hooldekodu kontekstis. Hooldajal on suur roll treeningu läbiviimisel ja päeviku täitmisel. Uuringu valim oli väike, vajalikud lisauuringud. Tasakaalu paranemine oli pikaajalise mõjuga (kukkumishirmu vähenemine ja elukvaliteedi paranemine lühiajalise mõjuga).

Uuringu tulemusel paranesid füüsilised näitajad. Programm on paraja pikkusega (12 nädalat), kuid eeldab igapäevast aktiivset osalemist. Peamiselt kodus ja koduümbruses läbiviidav, kuid sisaldab ka juhendajaga kogukonnakeskuses kohtumisi. Kasutatud äpid Samsung Health ja WhatsApp on avalikult kättesaadav, kuid osalemine eeldab nutitelefoni olemasolu ja selle kasutamisoskust. Hooldekodu kontekstis peaksid vahendid olema kõigil osalejatel individuaalselt. Uuringu valim oli väike, vajalikud lisauuringud. Pikaajalist mõju ei

Uuringus osalejad olid valdavalt naised (enamasti hooldatava abikaasad või lapsed). Depressiivsete sümptomite vähenemine oli küll statistiliselt oluline, kuid efekt väike. Programmi väljalangevus oli suhteliselt kõrge (40%) ning see võib olla tingitud programmiga seotud ajakulust. Tulemuste mõõtmised olid seotud enesekohaste hinnangutega. Programm on täiesti digitaalne ja seetõttu sobiks nii hajaasustusega kui ka linnakeskkonda. Programm ei ole avalikult kättesaadav. Kasutamiseks vajalik interneti olemasolu ja kasutamisoskus. Koolituse läbinud psühholoog juhendas aktiivselt ja andis kodutöö osas tagasisidet, millest õppetöös edasiliikumine sõltus. Kuna programm on mõeldud kodus elavatele hooldajatele, siis hooldekodu konteksti ei sobiks. Pikaajalist

Uuringus osalejad pidid kinnitama vähemalt kahe hooldamisega seotud negatiivse kogemuse esinemist. Valim oli homogeenne, 96% osalejatest olid valged ja 78,4% naised. Eeldatavat hoolduskoormuse langust ei esinenud. Gruppideüleselt ilmnes, et langus hooldaja depressioonitasemes oli seotud väiksema arvu hospitaliseerimistega ning langus hooldaja hoolduskoormuses oli seotud väiksema arvu EMO külastustega. Programm on täiesti telefonipõhine ja seetõttu sobiks nii hajaasustusse kui linnakeskkonda. Lisaks telefonitsi jagatud infole kasutati infolehti. Läbiviijad vajavad põhjalikku koolitust, kuid läbiviijateks sobiksid magistrikraadiga erinevate erialade esindajad (tervisenõustaja, sotsiaaltöötaja, õde). Programm kestab pikalt (26 nädalat), kuid telefonikõned on hajutatult (kokku 16). Kuna programm on mõeldud kodus elavatele

Uuringus osalejad olid vähemalt 21-aastased ja pakkusid igapäevast hooldust oma lähedastele. Eeldatavat depressioonisümptomite vähenemist ei esinenud, kuid hoolduskoormus langes ning esines vähem negatiivset reageerimist dementsusega inimese käitumis- ja mäluprobleemidele, seda ka 12 kuu järgsel mõõtmisel. Programm on täiesti telefonipõhine ja seetõttu sobiks nii hajaasustusse kui ka linnakeskkonda. Lisaks telefoni teel jagatud infole kasutati ka infolehti. Läbiviijad vajavad põhjalikku koolitust, kuid läbiviijateks sobiksid magistrikraadiga terapeudid. Terapeutidel oli kaks doktorikraadiga juhendajat. Programm kestab pikalt (52 nädalat), kuid telefonikõned on hajutatult (kokku 23), programmi pikkus võib siiski saada osalemisel takistuseks. Kuna programm on mõeldud kodus elavatele hooldajatele, siis hooldekodu konteksti ei sobiks. Pikaajalist mõju

Uuringus osalejad olid vähemalt 21-aastased hooldajad, kes hooldasid lähedast vähemalt 4 tundi päevas. Uuringus ei ole eristatud esmaseid tulemusnäitajaid. Kahe grupi vahel statistiliselt olulisi tulemusi ei leitud. Sekkumisrühma hooldajad, kellel esines eelnevalt kõrgemal tasemel depressioonisümptomeid, kogesid depressiooni vähenemist, ning need, kellel oli algselt tugev sotsiaalne toetus, suutsid seda toetust paremini säilitada. Osalejatel paluti anda hinnang sekkumisele ning 100% hooldajatest sekkumisrühmas leidis, et nad said sekkumisest kasu. Digitaalne sekkumine sobiks nii hajaasustusse kui linna. Programm on üsna pikk (26 nädalat). Eesti kontekstis tuleks täpsustada, kes oleks sobiv läbiviija ja vastaks kirjeldatud kliinilisele sotsiaaltöötaja nõuetele. Kuna programm on mõeldud kodus elavatele hooldajatele, siis hooldekodu konteksti ei

Uuringus osalejad olid peamiselt valged briti päritolu ja hooldatava naissoost abikaasad. Peamised tulemused olid seotud enesekohaste hinnnagutega. Osalejad ei olnud pimendatud. Autorid märkisid siiski, et läbiviidud uuringus võis olla veidi valikukallet, sest osalema olid altimad hooldajad, kelle hoolduskoormus oli keskmisest suurem. Osalemist võib soodustada see, et sekkumine on lühike (8 nädalat) ja sessioonid toimuvad kord nädalas. Läbiviijaks on kliinilise praktika taustata magistrandid, läbiviija vajab koolitust. Läbiviimine toimub hooldaja kodus. Takistuseks võib kujuneda koolitatud terapeudi leidmine, kellel oleks võimalik individuaalselt iganädalaselt iga osaleja kodus käia. Seetõttu võib paremini sobida linnakeskkonda. Kuna programm on mõeldud kodus elavatele hooldajatele, siis ei sobi hooldekodu konteksti. Sekkumise tulemusel vähenesid hooldajatel afektiivsed sümptomid, ärevus ja depressioon ning teiseselt paranes elukvaliteet ja üldine emotsionaalne heaolu. Tulemused olid pikaajalised (säilisid ka kahe aasta järel).

Uuringus said osaleda hooldajad, kellel endal ei olnud kognitiivseid raskuseid. Peamised tulemused olid seotud enesekohaste hinnangutega. Uuringus ei ole eristatud esmaseid tulemusnäitajaid. Ühtlase kvaliteedi tagamiseks järgiti standardiseeritud juhendeid ja täideti igal sessioonil nimekirja, mis kinnitas, et kõik vajalikud elemendid said käsitletud. Sekkumine on lühike (5 nädalat) ja sessioonid toimuvad kord nädalas. Läbiviijaks on spetsiaalselt koolitatud õendustöötajad. Läbiviimine toimub hooldaja kodus (või kokkulepitud kohas). Takistuseks võib kujuneda koolitatud spetsialisti leidmine, kellel oleks võimalik individuaalselt iganädalaselt iga osaleja kodus käia (ühe sessiooni pikkus 90-120 minutit). Seetõttu võib paremini sobida linnakeskkonda. Kuna programm on mõeldud kodus elavatele hooldajatele, siis ei sobi hooldekodu konteksti. Pikaaegne mõju oli ainult teadmiste kasvul, teiste näitajate mõju lühiajaline. Uuringu valim oli väike, vajalikud lisauuringud.

Uuringus osalesid kerge dementsusega inimesed koos pereliikme või sõbraga. Osalejad olid peamiselt valged, kõrge haridustasemega ja kõrge sotsiaalmajandusliku taustaga. Emotsionaalse heaolu näitajad rühmade lõikes ei erinenud. Sekkumine on lühike (4 nädalat) ja sessioonid toimuvad kord nädalas. Puudub täpne info vajaliku koolituse ja programmi läbiviija kohta. Uuringu valim on väike, vajalikud lisauuringud. Takistuseks võib kujuneda koolitatud läbiviija leidmine, kellel oleks võimalik individuaalselt iga osaleja kodus käia. Seetõttu võib sobida paremini linnakeskkonda. Programm võib sobida ka hooldekodu konteksti. Pikaajalist mõju ei ole hinnatud.

Uuringus osalesid abikaasad, kelle hooldataval esines probleemkäitumist. Mitmed tulemused olid seotud hooldajate enesekohaste hinnangutega. Sekkumine on paraja pikkusega (12 nädalat) ja sessioonid toimuvad kord nädalas. Kombineeritud on nii kogukonnas (ülikoolis) õppimine kui ka kodused individuaalsed sessioonid. Uuringus katsetati kahte erinevat programmi, üks oli suunatud hooldaja muutusele ja teine patsiendi muutusele (tulemused vastavalt programmile). Programmide läbiviija koolituse kohta täpsustused puuduvad. Takistuseks võib kujuneda koolitatud läbiviija leidmine, kellel oleks võimalik iganädalaselt individuaalselt kõigi osalejate kodudes käia, samuti võib takistuseks kujuneda grupikohtumistel osalemine. Vajab täpsustamist, kas kogukonnas läbiviidud õpet oleks võimalik digitaalse õppega asendada. Seetõttu võib sobida paremini linnakeskkonda. Kuna programm on mõeldud kodus elavatele hooldajatele, siis ei sobi hooldekodu konteksti. Positiivsed tulemused olid pikaaegsed, säilides ka 6 kuu järel.

Uuringus osalesid hooldajad, kes elasid hooldatavaga koos (vanuses 22 kuni 91 aastat), 66% olid naised. Esmaseks tulemusnäitajaks oli sekkumise teostamine. Teisestest vähenes hooldajate depressioon ning subjektiivne koormus, samuti vähenes reaktsioon probleemkäitumistele. Samuti paranes hooldajate uni ning suurenes kompetentsitunne dementsusega inimese eest hoolitsemisel. Hooldajad raporteerisid märkimisväärseid muutusi ka konkreetsete eesmärgistatud käitumiste suhtes: vähemalt üks alguses tuvastatud raskematest probleemidest paranes igal sekkumisrühma hooldajal. Hooldatavate osas ilmnes sekkumise järgselt vähenemist mäluga seotud käitumisprobleemides ning kuue kuu järel ilmnes statistiliselt oluline erinevus ka hooldatavate elukvaliteedi hinnangutes. Sekkumine on lühike (8 nädalat), mis võib soodustada osalemist, sellele järgnesid kord kuus telefonikõned. Sekkumine on individualane ja toimub koduses keskkonnas. Läbiviijaks on kogukonnakonsultant (magistrikraad nõustamises, psühholoogias või sotsiaaltöös ning aasta kliinilist kogemust vanemaealistega ja programmi koolitus), kui vastav spetsialist leida erinevatest piirkondadest, siis sobiks ka hajaasustusega piirkonda. Siiski võib takistuseks kujuneda läbiviijate leidmine, kellel oleks võimalik iganädalaselt individuaalselt kõigi osalejatega kodudes käia. Kuna programm on peamiselt suunatud kodus elavatele hooldajatele, siis ei sobi hooldekodu konteksti. Tulemused olid pikaaegsed.

Uuringus osalesid naised, kes olid vähemalt kuus kuud hooldanud enda dementsusega pereliiget. Kuue kuu järel ei erinenud depressiooni, hoolduskoormuse ega isiklike saavutuste näitajad sekkumis- ja kontrollgrupi vahel statistiliselt olulisel määral. Tulemustest ilmnes, et vanemad hooldajad (65+) said sekkumisest tõenäoliselt rohkem kasu, näidates madalamaid depressiooninäitajaid võrreldes samaealistega kontrollgrupis, mis võib viidata vanusest sõltuvale efektiivsusele. Sessioonidel osalemise määr ei olnud seotud tulemusnäitajatega, mis võib osutada sellele, et grupidünaamika ja kokkusaamiste kvaliteet mängivad suuremat rolli kui kvantitatiivne osalemise hulk. Sekkumine on pikk (26 nädalat) ja võib seetõttu olla osalemise piiranguks. Läbiviijad on sotsiaaltöötajad, kelle leidmine ei tohiks piiranguks kujuneda. Kuna sekkumine on täielikult telefonipõhine, siis sobiks nii hajaasustusega kui ka linnalisse piirkonda. Kuna programm on mõeldud kodus elavatele hooldajatele,

Uuringus osalesid hooldajad, kes töötasid vähemalt osalise koormusega ja kogesid hooldamisega tulenevat stressi. Tulemused näitasid, et sekkumisgrupi hooldajate stressitase ja depressiivsed sümptomid vähenesid oluliselt võrreldes kontrollgrupiga. Samuti täheldati osalejatel kõrgemat toetuse tunnet ning positiivset muutust ärevuse tasemes. Kohanemisstrateegiate kasutamise sagedus ei muutunud märkimisväärselt, mis võib viidata sellele, et muutused toimusid pigem emotsionaalses seisundis kui teadlikult kirjeldatavates käitumisstrateegiates. Olulist rolli mängis programmi kasutamise sagedus: mida aktiivsem oli kasutamine, seda suuremaid edusamme täheldati emotsionaalse koormuse vähenemises. Osalejad pidasid programmi väga kasulikuks ja lihtsalt kasutatavaks ning kirjeldasid, et soovitaksid seda teistele hooldajatele. Kuna programm on täiesti digitaalne, siis ei vaja eraldi läbiviijat. Programm sobiks nii hajaasustusega kui ka linnapiirkonda. Programm on dementsuse raskusastme osas universaalne: osalejad täitsid alguses lühikese küsimustiku, mis võimaldas platvormil pakkuda nende olukorrale vastavat sisu. Platvorm vajaks Eestis kasutamiseks tõlkimist ja kohandamist. Kuna programm on mõeldud kodus elavatele hooldajatele, siis ei sobi hooldekodu konteksti.

Uuringus osalesid valdavalt keskealised või vanemad naised, kes olid hooldanud oma pereliiget keskmiselt 3-4 aastat. Tulemused näitasid, et programmil oli märkimisväärne mõju hooldajate võimele tulla toime sihtkäitumisega, mida nad olid uuringu alguses probleemseks nimetanud. Probleemkäitumiste esinemissagedus vähenes sekkumisrühmas oluliselt võrreldes kontrollrühmaga ning hooldajad teatasid väiksemast negatiivsest reaktsioonist hooldatava käitumisele ja suuremast enesekindlusest selle juhtimisel. Hooldaja heaolu näitajad olid pikaajalise mõjuga (6 kuud). Programm on üsna pikk (24 nädalat), kuid mitte liiga intensiivne, selle jooksul toimub 10 kodukülastust ja 4 telefonikontakti. Programmi viivad läbi tegevusterapeut ja medõde, kellel on pikaaegne koduhoolduskogemus ja 35 tundi programmikoolitust. Takistuseks võib kujuneda sobivate läbiviijate leidmine, kellel oleks võimalik kõigile osalejatele koduvisiite teha. Ressursside osas tuleks arvestada, et sekkumine sisaldab sobivate abivahendite soetamist, nt jälgimisseade, vannitoa ohutust tõstvad vahendid või liikumistugi. Sekkumine on suunatud kodus elavatele hooldajatele ja seetõttu ei sobiks hooldekodu konteksti.

Uuringus osalesid hooldajad, kes olid peamiselt valged naised. Tulemused näitasid, et programmis osalemine vähendas kolme kuu möödudes oluliselt hooldajate tajutud stressi. Hooldajate depressiivsete sümptomite puhul täheldati paranemist sekkumisgrupis, kuid statistiline olulisus puudus. Elukvaliteedi näitajates rühmade vahel erinevusi ei ilmnenud. Puudus seos materjalide kasutamise sageduse ja nende kasulikkuse osas, mis tekitab küsimuse, et milline sekkumise komponent oli tegelikult toimiv. Veebipõhine sekkumine sobiks kasutamiseks nii hajaasustuses kui ka linnakeskkonnas. Otsest läbiviijat ei ole, sest vahend on individuaalseks omas tempos kasutamiseks. Eestis kasutamiseks vajaks tõlkimist ja kohandamist. Kuna sekkumine on mõeldud kodus elavatele hooldajatele, siis hooldekodu konteksti ei sobiks. Pikaajalist mõju ei hinnatud.

Uuringus osalesid hooldajad, kes olid keskmiselt hooldanud üle kolme aasta. Tulemused näitasid, et hooldajatel vähenes oluliselt düstress, mida nad kogesid hooldatava selliste sümptomite nagu ärevus, segasus, ärrituvus, agressiivsus või käitumise muutuste tõttu. Hoolduskoormust sekkumine ei vähendanud. Sekkumine on lühike (5 nädalat), mis võib soodustada osalemist. Sekkumist viivad läbi sotsiaaltöötajad, kes on läbinud projektikoolituse (20 tundi), läbiviijate leidmine Eesti oludes ei tohik olla takistuseks. Kuna sekkumine vajab iganädalast kohal käimist, siis võib seetõttu sobida rohkem linnakeskkonda. Kuna sekkumine on mõeldud kodus elavatele hooldajatele, siis hooldekodu konteksti ei sobi. Pikaajalist mõju ei hinnatud.

Uuringus osalesid hooldajad, kes hooldasid dementsusega lähedast vähemalt ühe tunni päevas ning olid seda teinud üle kolme kuu. Hindajad ei olnud pimendatud. Tulemused näitasid, et hooldajate depressioonitase vähenes oluliselt sekkumisgrupis ning positiivne mõju säilis ka 15 kuu järel. Tulemused põhinevad enesehinnagulistel küsimustikel. Sekkumine on paraja pikkusega (12 nädalat). Sekkumist viivad läbi koolitatud psühholoog ja tegevusterapeut. Läbiviimine hajaasustusega piirkonnas võib olla piiratud, kuid võiks sobida linnakeskkonda. Kuna sekkumine on mõeldud kodus elavatele hooldajatele, siis ei sobi hooldekodu konteksti.

Uuringus osalesid hooldajad, kes olid viimase 9 kuu jooksul saanud lähedase dementsusdiagnoosi. Enamik olid naised, keskmiselt umbes 60-aastased. Kõik peamised tulemusnäitajad mõõdeti hooldajate enesehinnanguliste küsimustikega. Osalejate lähedased olid diagnoositud mälukliiniku spetsialistide poolt, seetõttu ei pruugi tulemused olla üldistatavad hooldajatele, kes selliseid teenuseid ei kasuta. Järelhindamisperiood oli lühikene (3 kuud). Sekkumine on lühikene (7 nädalat), mis võib soodustada osalemist. Takistuseks võib kujuneda õendusspetsialistide leidmine, kellel oleks kogemust dementsusega inimeste hooldajatega töös. Kuna toimuvad iganädalased kohtumised, siis sobiks sekkumine pigem linnakeskkonda. Kuna sekkumine on suunatud kodus

Uuringus osalesid progressiivse dementsusega inimesed ja nende hooldajad, kes hooldasid vähemalt 4 tundi päevas. Uuringu tulemused põhinesid suures osas hooldajate enesehinnangulistel küsitlustel, kuid koduohutust hinnati ka struktureeritud kontrollnimekirja abil. Osalejad olid pimendatud, uuringumeeskond ei olnud. Sekkumine on ühekordne kodukülastus, mistõttu sobiks see nii hajaasustusse kui ka linnakeskkonda. Läbiviimine nõuaks vähe ressursse, peamine kulu on vahendid ja ühekordne külastus. Sekkumist viisid läbi uurijad ja assistendid, ekspertide sõnul sobiksid Eestis nende rolli täitma heaolumeistrid. Kuna sekkumine on mõeldud kodus elavate hooldajate vaimse tervise toetamiseks, siis hooldekodu konteksti ei sobiks. Hooldatava riskikäitumise ja vigastuste vähendamiseks võivad samad vahendid sobida hooldekodu kontekstis

Uuringus osalesid vanemaealised, kellel esines tugev depressioon koos kognitiivse kahjustuse ja funktsionaalse puudega, osalejate keskmine vanus oli 89 aastat. Funktsionaalse piiratuse vähenemine põhines enesehinnangutel. Sekkumine on paraja pikkusega (12 nädalat). Sekkumist viivad läbi kliinilised psühholoogid, kliinilised sotsiaaltöötajad ja kliiniline doktorant. Sobivate läbiviijate leidmine ja läbiviimine võib kujuneda piiranguks, arvestades, et sekkumist viiakse iganädalaselt läbi individuaalselt osalejate kodus. Sekkumine on konkreetselt suunatud kodus elavatele dementsusega inimestele ja ei pruugi seetõttu sobida hooldekodu konteksti. Sekkumine oli osalejate poolt hästi vastu võetud ja rakendamine oli kodus teostatav. Pikaajalist mõju

Mõlemas uuringus osalesid Hiina päritolu lähedase hooldajad, kes olid hooldanud vähemalt 3 kuud. Peamisi tulemusi hinnati enesehinnanguliste küsimustikega. Sekkumine on üsna pikk (20 nädalat), kuid iganädalased seansid toimuvad esimesel kuul, seejärel kaks korda kuus. Kuna sekkumine on täielikult telefonipõhine, siis sobiks nii hajaasustusse kui ka linnakeskkonda. Ühel juhul on läbiviijateks vabatahtlikud üliõpilased ja vanemaealised inimesed. Teisel juhul paraprofessionaalid, kellel on kõrgharidus sotsiaalvaldkonnas (üldise vaimse tervise taustaga spetsialistid, kellel puudus varasem kogemus sekkumiste läbiviijana või ametlik psühhoteraapia-alane väljaõpe - 42h koolitust psühholoogiakursusel ja 20h programmikoolitust), lisaks iganädalane supervisioon kliinilise psühholoogi ja sotsiaaltöötaja poolt. Vajalik läbiviijate koolitamine, programmi materjalid (ka trükitud töövihikud ja psühhohariduslikud materjalid) ja lisaks infolehed kohalike teenuste kohta. Uurijad kirjeldavad seda kui madalate kuludega sekkumist. Kuna sekkumine on suunatud kodus

Uuringus osalesid hooldajad ja hooldatavad, kes liitusid uute tugikeskustega Hollandis, Itaalias, Poolas ja Ühendkuningriigis. Sekkumist hinnati küll 7 ja 12 kuu tulemuste põhjal, kuid on kirjeldatud, et sekkumine kestab kokku mitu aastat. Sekkumise pikkus võib saada läbiviimise takistuseks. Sekkumine koosnes mitmetest komponentidest ning toimus intensiivselt 2-3 korda nädalas, sisaldades nii individuaal- kui ka grupisessioone. Samuti viidi sekkumisi läbi kindlates tugikeskustes, millele vastavate leidmine võib Eestis olla keeruline. Sekkumine sobiks piirkondadesse, kus sellised tugikeskused on olemas ning hooldatavatele, kellele liikumine ja keskkonnavahetus ei ole probleemiks. Sekkumist viivad läbi tegevusterapeudid, psühholoogid, sotsiaaltöötajad, koolitatud vabatahtlikud. Kõigi vajalike läbiviijate leidmine pikaks perioodiks võib kujuneda takistuseks. Mõju hinnati 7 kuu ja 12 kuu jooksul, kuid programmijärgselt järelhindamisi ei tehtud.

Uuringus osalesid hooldajad, kelle lähedasel oli dementsuse diagnoos. Peamisi tulemusi hinnati enesehinnanguliste skaaladega. Uuring on paraja pikkusega (12 nädalat). Kuna uuring on täiesti telefonipõhine, siis sobib nii hajaasustusse kui ka linnakeskkonda. Sekkumist viivad läbi koolitatud sotsiaaltöötajad. Sekkumine on mõeldud kodus elavatele hooldajatele ja seetõttu ei sobi hooldekodu konteksti. Uuringu valim on väike, vajalikud lisauuringud. Pikaajalist mõju ei ole hinnatud.

Peamisi tulemusi hinnati enesehinnanguliste küsimustikega. Hooldajate elukvaliteet küll paranes, kuid esmastest olulistest tulemusnäitajatest ei andnud positiivset tulemust hoolduskoormus, hooldaja düstress ja hooldaja depressioon, uuringu tulemused olid statistiliselt tagasihoidlikud. Sekkumine on üsna pikk (26 nädalat), kuid kasutamissagedust saab ise reguleerida. Otsest läbiviijat ei ole, sest vahend on individuaalseks omas tempos kasutamiseks. Samas olid uuringus tehnik ja tervishoiutöötaja, kes jälgisid kasutamist ja vajadusel sekkusid (näiteks suunasid suurema muutuse korral pere nõustaja juurde). Kuna sekkumine on täiesti digitaalne, siis sobiks nii hajaasustusega kui ka linnakeskkonda. Eestis kasutamiseks vajaks programm tõlkimist ja kohandamist. Kuna sekkumine on mõeldud kodus elavatele hooldajatele, siis hooldekodu konteksti ei sobiks.

Uuringus osalesid hooldajad, kes pakkusid igapäevast abi dementsusega inimesele ja elasid temaga samas kodus või läheduses. Tulemused näitasid, et sekkumises osalenud hooldajatel vähenesid depressiivsed sümptomid ja tajutud stress ning langesid keskmine süstoolne ja diastoolne vererõhk, mis viitab nii psühholoogilisele kui ka füsioloogilisele stressi vähenemisele. Need muutused püsisid ka kuue kuu järel. Samas ei täheldatud olulisi erinevusi viha taseme muutuses. Mõju suurused olid mõõduka tugevusega. Mitmes valdkonnas kasutati enesehinnangulisi küsimustikke. Kuna sekkumist viidi täielikult läbi digitaalselt ja telefoni teel, siis sobiks see nii hajaasustusega kui ka linnakeskkonda. Video- ja telefonipõhine formaat võimaldas pakkuda tuge individuaalselt ja kaugtöö vormis, mis muudab programmi sobivaks just koormatud ja piiratud liikumisvõimalustega hooldajatele. Sekkumine on lühike (5 nädalat), mis võib soodustada osalemist. Telefoninõustaja haridus vajab täpsustamist. Eestis läbiviimiseks oleks vajalik programmi tõlkimine ja kohandamine. Hooldajad said lisaks töövihiku, mis toetas õpitut praktiliste harjutustega ning kord nädalas toimusid telefonikõned, mille käigus juhendajad aitasid õpitut rakendada igapäevastes olukordades. Kuna

Uuringus osalesid dementsusega inimeste hooldajad, kes omasid nutitelefoni või tahvelarvutit ja hooldasid lähedast regulaarselt. Välistavateks teguriteks olid hooldatava aktiivne suitsiidirisk, peagi ees seisev asutusse paigutamine või hooldaja enda sensoorne tervisekahjustus. Peamisi tulemusi hinnati enesehinnanguliste küsimustikega. Pärast ühte kuud veebilahenduse kasutamist vähenes hooldajate stress ja düstress ning paranes võime tulla toime hooldusolukordadega. Hooldatavate käitumissümptomite sagedus ja raskus vähenesid mõnevõrra, kuid need erinevused ei olnud statistiliselt olulised. Kui kontrollrühm hiljem tööriista kasutama hakkas, täheldati sarnast stressi ja düstressi vähenemist. Autorite sõnul võiks tööriist täiendada traditsioonilisi hooldajate nõustamisprogramme. Kuna sekkumine on täielikult veebipõhine, siis sobib nii hajaasustusega kui ka linnakeskkonda. Hooldajad said võtta ühendust tervishoiutöötajaga, kes vastas vajaduspõhiselt. Nõustaja kvalifikatsioon vajab täpsustamist, kuid nad omasid kogemust dementsusega inimese hooldamisel ja nõustamises. Eestis kasutamiseks vajaks tõlkimist ja kohandamist. Pikaajalist mõju ei hinnatud. Valim on väike, Esimese uuringu puhul oli valim väike. Positiivsed tulemused olid hooldaja elukvaliteedi paranemise ja perekonflikti vähenemise osas. Teises uuringus oli valim suurem, kuid ei ilmnenud positiivseid tulemusi hooldaja puhul. Paranes hooldatava elukvaliteet ja vähenes depressioon. Peamiste tulemuste puhul kasutati enesehinnangulisi mõõtevahendeid. Sekkumine on lühike (9 nädalat), mis võib soodustada osalemist. Kord nädalas toimuvad kogukonnas grupiseansid, sobilikud hooldajatele ja hooldatavatele, kellel on võimalik liikuda ja uude keskkonda minemine ei tekita probleeme. Sekkumist viivad läbi spetsialistid (magistrikraadiga, kogemus dementsusega inimeste toetamisel, läbinud programmikoolituse). Sobib pigem linnakeskkonda. Kuna sekkumine on suunatud kodus elavate inimeste sotsiaalsele suhtlusele, siis hooldekodu konteksti ei sobi.
Sekkumine on lühike (4 nädalat) ja sisaldas ainult kaht kodukülastust, mille jooksul läbiviidav tegevusteraapia sisaldas funktsionaalsuse hindamist ja soovitusi, mille eesmärk oli parandada osalejate igapäevaelu. Hindamisel kasutati enesehinnangulisi skaalasid ja hooldaja hinnanguid hooldatava kohta. Sekkumist viis läbi registreeritud tegevusterapeut ning tegevused olenesid sekkumise saajate vajadustest: nt tehti muudatusi keskkonnas (sildid, visuaalsed vihjed), kasutati abivahendeid (nt ravimikarbid), loodi struktureeritud rutiinseid tegevusi jm. Vajalikke vahendeid sekkumise käigus ei pakutud, kuid jagati juhiseid nende hankimiseks. Eestis tuleks leida tegevusterapeudid erinevatest piirkondadest, kellel oleks võimalik kaks korda osalejate juures käia, sel juhul sobiks nii hajaasustusega kui ka linnakeskkonda. Uuringu valim oli väike, vajalikud lisauuringud. Kuna sekkumine on mõeldud just kodukeskkonna muutmiseks, siis ei sobiks hooldekodu konteksti.
Sekkumine oli keskmise pikkusega (16 nädalat), kokku 8 seanssi ja nendest 2 telefoni teel. Mitmeid tulemusi hinnati enesehinnanguliste küsitluste põhjal. Sekkumist viisid läbi ergonoomika- ja tegevusterapeudid. Vajab täpsustamist, kas Eestis oleks võimalik vastava kvalifikatsiooniga ergonoomikaterapeute leida. Kuna programm sisaldab mitmeid kodukülastusi, siis sobiks rohkem linnakeskkonda. Kuna sekkumine on suunatud kodus esinevate murede lahendamisele, siis hooldekodu konteksti ei sobiks. Sarnane uuring viidi aastaid hiljem läbi suurema valimiga (160 paari), sihtrühmaks dementsusega veteranid ja nende hooldajad. 8 kuu järel esialgsed positiivsed mõjud ei püsinud - kasu säilimiseks võivad olla vajalikud jätkutegevused või kordusprogramm.
Uuringus esmaste tulemusnäitajate puhul statistiliselt olulisi positiivseid tulemusi ei saavutatud. Mitmeid tulemusi hinnati enesehinnanguliste küsitluste põhjal. Sekkumist viis läbi tegevusterapeut, keda oleks võimalik leida ka Eestis, kuid piirkonniti võib olla kättesaadavus erinev. Täielikult kodukülastustel põhinev sekkumine võib sobida linnakeskkonda ja osaliselt digitaalsetel vahenditel põhinev sekkumine paremini hajaasustuspiirkonda. Kuna sekkumine on suunatud kodus elavatele dementsusega inimestele ja nende hooldajatele, siis ei sobiks hooldekodu konteksti. Autorid hindasid, et algtasemel olid osalejad suhteliselt kõrge teadlikkuse ja motiveeritusega, mis võis tulemusi mõjutada ning ei võimalda tulemusi laiemale sihtrühmale üldistada.

Topeltpimendamist ei olnud võimalik teha, sest osalevad isikud teadsid, millist teraapiat nad saavad. Autorid spekuleerisid, et nende valim ei pruukinud olla esinduslik, kuivõrd nad värbasid inimesi ambulatoorkliinikutest ja ülikoolihaigla kaudu. Sekkumine on lühikene (5 nädalat), kuid üsna intensiivne (2 korda nädalas). Sekkumist viivad läbi tegevusterapeudid, kellel on vähemalt 240h kogemust dementsusega inimestega töös. Vajalike spetsialistide leidmine erinevates piirkondades võib kujuneda takistuseks. Lisaks võib olla leida keeruline läbiviijaid, kellel on võimalik 10 korda iga patsiendi juures individuaalselt käia. Seetõttu võib sobida paremini linnakeskkonda. Sekkumine on konkreetselt mõeldud kodus elavate hooldatavate ja hooldajate elu kohandamiseks ning seetõttu ei sobiks hooldekodu konteksti. Mitmed positiivsed tulemused nii hooldaja kui ka

Uuringus ei olnud eristatud esmaseid ja teiseseid tulemusnäitajaid, kokku hinnati 9 erinevat näitajat. Positiivne tulemus ilmnes vaid hooldatava toimetulekus igapäevategevustest. Hooldaja puhul ei ilmnenud statistiliselt olulisi positiivseid tulemusi. Sekkumine kestis 12 nädalat, kuid see ei olnud intensiivne, kokku oli 5 seanssi. Sekkumist viis läbi tegevusteraput, kellel on vähemalt aasta kogemust vanemaealiste patsientidega. Läbviija leidmine erinevates piirkondades, kellel oleks võimalik individuaalselt peresid külastada võib saada takistuseks. Seetõttu võib sekkumine sobida paremini linnapiirkonda. Kuna sekkumine on mõeldud konkreetselt kodus elavate hooldatavate ja hooldajate toimetuleku toetamiseks, siis ei sobi hooldekodu konteksti. Pikaajalist mõju Uuring näitas positiivseid tulemusi hooldatava emotsionaalse heaolu ja elukvaliteedi paranemise osas. Samas mõõdeti tulemusi dementsusega inimese enesehinnagutele tuginedes. Uuringus osalesid ainult kergema dementusega, kodus elavad ja füüsiliselt võimekamad inimesed. Enamik osalejad olid kõrgelt haritud ja neid huvitas kunst. Sekkumine toimus kunstimuuseumis, mis võib Eestis piirata läbiviimiseks sobivaid kohti. Sekkumist viisid läbi muuseumi haridustöötajad. Sekkumine sobiks dementsusega inimestele, kes on füüsiliselt võimekad ning kellel ei ole probleeme uue keskkonnaga kohanemisega. Samadel tingimustel sobiks sekkumine ka hooldekodus elavatele dementsusega inimestele. Pikaajalist mõju ei ole hinnatud.

Uuringul puudus kontrollgrupp, viidi läbi enne ja pärast mõõtmist. Osalejad olid muusika ja sotsiaalsete tegevuste suhtes positiivselt meelestatud. Tulemusi mõõdeti enesehinnanguliste küsimustikega. Sekkumist viisid läbi professionaalne dirigent ja kogemustega muusikaterapeut, kelle leidmine erinevates Eesti piirkondades võib kujunedas piiranguks. Seetõttu sobiks sekkumine paremini linnakeskkonda. Sekkumine sobiks dementsusega inimestele, kes on füüsiliselt võimekad ning kellel ei ole probleeme uue keskkonnaga kohanemisega. Samadel tingimustel sobiks sekkumine ka hoolekodus elavatele dementsusega inimestele. Uuringu valim oli väike, vajalikud lisauuringud. Pikaajalist mõju ei ole hinnatud.

Sekkumine kestis ühel juhul 8 nädalat ja teisel juhul kokku 38 nädalat. Hinnati, et tulemused selle 9 kuu jooksul säilisid, kuid efekt oli väiksem. Samas viidi 26 nädala jooksul läbi veel 4 lisaseanssi. Eraldi pikaajalist mõju teises uuringus ei hinnatud. Uuringu autorid märkisid, et pikaajalise mõju säilitamiseks võib vaja minna korduvsekkumisi või täiendavat tuge. Väiksema valimiga uuringus (26 paari) hinnati, et 6 kuu järel peamised tulemused säilisid. Uurijad olid pimendatud, kuid osalejad ja terapeudid mitte. Üldise funktsionaalse toimetuleku mõõdikut uuringus ei kasutatud ning tulemusnäitajad põhinesid hooldatavate enesehinnangul (samas kaasati uuringusse ka nende hooldajad). Uuringu tulemused näitasid, et nii kolmandal kui ka üheksandal kuul pärast sekkumise algust oli selle saajate hulgas toimunud oluline tõus eesmärkide saavutamises – nii osalejate kui ka hooldajate hinnangul. Teisestes tulemusnäitajates (nt hooldatava enesetõhusus, depressiooni ja ärevuse tase, taju, hooldaja stressitase, elukvaliteet) muutust ei toimunud. Sekkumist viisid läbi spetsialistid (tegevusterapeudid, assistendid, psühholoogid), kellel oli varasem kogemus töös dementsusega patsientidega ja olid läbinud programmikoolituse. Läbiviijate leidmine erinevates Eesti piirkondades võib kujuneda takistuseks. Programmi viiakse läbi terves mahus individuaalsete sessioonidena osalejate kodus. Kuna programm on

Sekkumine on küll paraja pikkusega (12 nädalat), kuid väga intensiivne, toimudes 5 korda nädalas. Sekkumise läbiviimisel võib takistuseks kujuneda selle keerukus. Sekkumine hõlmab endas transporti dementsusega inimese kodust spordisaali ning juba transpordi käigus toimub juhendatud sotsialiseerumine. Spordisaalis viiakse läbi treening, millele järgneb tund kognitiivset stimulatsiooni ja grupiarutelu. Sekkumist viivad läbi psühholoog, kehalise kasvatuse tudengid ja neuroloog, takistuseks võib kujuneda läbiviijate leidmine, kel oleks võimalik 5 korda nädalas osaleda. Sekkumine sobiks rohkem linnakeskkonda, et oleks võimalik kõik osalejad oma kodust peale võtta. Sekkumine sobiks dementsusega inimestele, kes on füüsiliselt võimekad ning kellel ei ole probleeme uue keskkonnaga kohanemisega. Samadel tingimustel sobiks ka hooldekodus elavatele dementsusega inimestele. Uuringu valim oli väike, vajalikud lisauuringud. Pikaajalist mõju ei ole hinnatud. Uuringus osalesid kogukonnas elavad 60-aastased ja vanemad inimesed, kellel oli kerge dementsus. Osalejad pidid olema võimelised ilma häiriva käitumiseta iseseisvalt grupis osalema. Uuringu tulemused näitasid, et sekkumisrühmas paranes kognitiivne võimekus oluliselt rohkem kui kontrollrühmas. Pikaajalist järelhindamist ei tehtud. Uuringu piirangutena toodi välja, et valim oli ühekülgne (peamiselt naised) ning paljud osalejad ei olnud saanud ametlikku dementsuse diagnoosi, mis võib suurendada segavaid tegureid (nt depressioonist tingitud kognitiivne langus). Eestis võib väga suureks takistuseks saada inimeste leidmine, kes sekkumist saaksid läbi viia. Läbiviijateks olid sotsiaaltöötajad (2 aastat kogemust dementsusega inimestega), tai chi meistrid (5 aastane tai chi õpetamise kogemus, doktorikraad sotsiaaltöös ja 2 aastat kogemust vanemaealistega töös), assistendid. Sekkumine sobiks dementsusega inimestele, kes on füüsiliselt võimekad ning kellel ei ole probleeme uue keskkonnaga kohanemisega. Samadel tingimustel sobiks ka hooldekodus elavatele
Uuringus osalesid mustanahalised vanemaealised inimesed, kellel oli kerge kognitiivne häire. Osaleja välistati uuringust, kui tal oli raske dementsus või raske depressioon, meele- või sensoorsed häired või kui ta kasutas dementsuse ravimeid. Kuue kuu järel olulisi erinevusi ei ilmnenud, kuid 12, 18 ja 24 kuu järgsetel hindamistel selgus, et sekkumisrühmal oli oluliselt väiksem risk kognitiivsele langusele võrreldes kontrollrühmaga. Uuringu piirangud olid järgnevad: osalejate ja sekkumise läbiviijate pimendamine oli praktiliselt võimatu ja esmane tulemusnäitaja (kognitiivne langus) oli valitud eelkõige kogukonnapõhise hindamise teostatavuse tõttu ning selle kliiniline tähendus vajab täiendavat uurimist. Tegemist oli kultuuriliselt kohandatud, kodus osutatava sekkumisega, mida viisid läbi osalejatega samast etnilisest grupist pärit kogukondlikud tervisetöötajad. Eestis kasutamiseks vajaks sekkumine nii tõlkimist kui ka kohandamist. Sekkumine toimub täielikult osalejate kodus individuaalselt. Takistuseks võib kujuneda läbiviijate leidmine, kellel oleks võimalik iga osaleja juures kodus käia. Samuti võib takistuseks kujuneda sekkumise pikkus (104 nädalat), kuigi kokku on vaid selle aja jooksul 10
Uuringus osalesid kodus elavad kerge kuni mõõduka Alzheimeri tõvega patsiendid, kes olid väheaktiivsed (liikumist vähem kui 30 minutit päevas). Keskpikalt (3 kuud) säilisid igapäevaelu funktsioonid. Oodatud postiivset tulemust kognitsiooni osas ei ilmnenud. Sekkumisel ei ole eraldi läbiviijat, dementsusega inimene peaks ise treenima. Sekkumine sobiks dementsusega inimesele, kes on ise võimeline järgima programmi, kus treening vaheldub iga 5 minuti järel. Igal osalejal on vajalik treeningmasin Reck MOTOmed viva2. Sekkumine sobiks nii hajaasustusega kui ka linna keskkonda, samuti ka hooldekodu konteksti. Uuringu valim oli väike,
Sekkumine sisaldas endas kombineeritud füüsilist tegevust hooldatavale ja koolituse kaudu käitumuslikku sekkumist hooldajatele. Tulemustes ilmnes hooldatava füüsilise tervise paranemine ja depressiooni vähenemine, esimene säilis ka 24 kuu järel, teine vaid neil, kellel oli kõrge depressioon baashindamisel. Hooldajate rahulolu ja mõju neile ei hinnatud, samuti ei eristatud eraldi treeningu ja käitumusliku komponendi mõju. 24 kuu järel ilmnes märkimisväärne väljalangevus. Rühmades ei olnud erinevusi institutsionaliseerimise üldmäära osas. Sekkumine toimub täielikult individuaalselt osalejate kodus. Piiranguks võib saada läbiviijate leidmine, kellel oleks võimalik iganädalaselt kodudes käia. Läbiviijaks on tervishoiutöötajad, kellel on kogemus dementsusega inimestega töös ja koduabis, vajalik läbida ka programmikoolitus. Supervisiooni viivad läbi gerontoloogia ja psühholoogia taustaga teadlased. Sekkumine on küll paraja pikkusega (12 nädalat), kuid intensiivne, eeldades igapäevast aktiivset liikumist. Kuna osa koolitusest on konkreetselt suunatud kodus

Uuringus osalesid valdavalt naised. Katkestamismäär oli kõrge, enamik katkestamisi olid seotud tervise halvenemisega, ajapuudusega ja logistiliste raskustega. Pikaajaliselt (3 kuud) säilisid positiivsed tulemused hooldatava mälu ja meeleolu osas. Sekkumine on paraja pikkusega (14 nädalat), mis võib soodustada osalemist. Samas on sekkumises kombineeritud nii grupiseansid kui ka individuaalsed kodused kohtumised, mis võib olla osalemisel piiranguks. Logistilistel põhjustel võib sekkumine sobida rohkem linnakeskkonda. Piiranguks võib kujuneda ka läbiviijate leidmine, kelle on vajalik kvalifikatsioon ja võimalus viia läbi nii grupi- kui ka individuaalseid seansse. Kuna sekkumine eeldab konkreetselt pereliikmete kaasamist, siis ei sobiks hooldekodu

Uuringus osalesid vähemalt 21-aastased peamised hooldajad, kes olid hooldanud vähemalt kuus kuud ja pakkusid igapäevaselt vähemalt neli tundi abi ning kelle hooldataval esines olulisi igapäevatoimingute piiranguid. Kuue kuu möödudes vajasid sekkumisrühma hooldajad igapäevatoimingutes pereliikmetelt või sõpradelt vähem abi. Sekkumisrühma hooldajad ärritusid vähem mäluga seotud probleemkäitumiste suhtes ning neil paranes emotsionaalne seisund võrreldes kontrollrühmaga. Esinesid erinevused tulemustes soo ja vanuse lõikes. Uuringu tulemusi piirasid mitmed tegurid. Alamrühmaanalüüside tulemusi tuleb väikeste valimite tõttu ettevaatlikkusega tõlgendada. Tulemusi mõjutas suur hulk mõõdikuid, mis tõstis juhuleidude riski. Sekkumine on pikk (26 nädalat + 26 nädalat), kuid kokku on esimese 26 nädala jooksul vaid 6 seanssi. Takistuseks ei tohiks kujuneda tegevusterapeutide leidmine, kuid seoses individuaalsete koduste seanssidega võib sobida pigem linnapiirkonda. Hooldekodu konteksti see sekkumine ei sobiks. Pikaajalist mõju ei ole

Uuringus osalesid hooldajad, kes olid vähemalt 21-aastased ja hooldasid pereliiget viimase 6 kuu jooksul vähemalt 4 tundi päevas. Sekkumisel ei ilmnenud gruppide vahel positiivset mõju hoolduskoormuse, depressiooni ega ärevuse puhul. Uuringus ilmnes oodatud sekkumisefekt osalejate seas, kellel oli algtasemel madalam või keskmine toimetulekutunne: nende puhul vähenesid 18 kuu jooksul märkimisväärselt hooldatava käitumisega seotud koormus, ärevus ja depressioonisümptomid. Samuti täheldati abikaasadest naissoost hooldajate seas olulist sekkumisefekti hoolduskoormuse subjektiivse häirituse vähenemisel. Kuigi programm pakkus nelja eri moodulit, kasutasid hooldajad neid madala intensiivsusega ja lühikest aega, peamiselt esimesel neljal kuul, mis vähendas sekkumise potentsiaalset mõju. Sekkumine ise oli pikk (52 nädalat), mis võib kujuneda osalemisel takistuseks. Osalemist võib soodustada täielikult automaatne süsteem, mis on kättesaadav 22 tundi ööpäevas ja osalejad saavad ise sobiva kasutamisaja valida. Sekkumine sobiks nii hajaasustus- kui ka linnapiirkonda. Kuna sekkumine on suunatud kodus elavatele hoodlajatele, siis hoodekodu konteksti ei sobiks.

Esimest uuringut alustati 1987 aastal ning sellel on palju positiivseid tulemusi, mille puhul mitmed kestsid aastaid (vt. esmane positiivse mõju väljundnäitaja). Küll aga ilmnes üldine muster, et kõrgema neurootilisusega hooldajatel kulges depressioon aja jooksul raskemalt. Samas näitab hilisem uuring, et oodatud paranemist hoolduskoormuse ja depressiooni osas ei toimunud. Esimesel uuringul oli rida olulisi piiranguid, mida tuleb tulemuste tõlgendamisel arvesse võtta: osalejate väljalangevus, uurimisse kaasati üksnes abikaasadest hooldajad, valdavalt valgenahalised ning linnakeskkonnas elavad kõrgema sotsiaalmajandusliku staatusega inimesed. Sekkumise ja kontrolltingimuste vaheline piir ei olnud täielikult selge. Samuti ei dokumenteeritud täpselt *ad hoc* telefonikontakte ega kogutud süsteemselt andmeid mõnede oluliste muutujate kohta. Sotsiaalse toe mõõdikud ei olnud ideaalsed emotsionaalse, instrumentaalse ja informatiivse toe eristamiseks ning seetõttu võib nende täpsus olla piiratud. Lisaks ei hinnatud sekkumise üksikute komponentide mõju, sest sekkumine rakendati paketina, ning uurimata jäid mitmed potentsiaalsed vahendavad tegurid. Mitme tulemusnäitaja, sh enesehinnangulise tervise puhul kasutati subjektiivseid mõõdikuid. Sekkumine on paraja pikkusega (16 nädalat), kuid sisaldab mitmeid erinevaid komponente, mistõttu sobiks rohkem linnakeskkonda. Sekkumise osana on ka tugigruppidesse suunamine, mis eeldab tugigruppide olemasolu. Takistuseks võib saada ka sobiva kvalifikatsiooniga läbiviijate leidmine, kellel oleks võimalik sessioone sel viisil kombineerida ja ka osalejate juures individuaalselt kodus käia. Kuna sekkumine on suunatud kodus elavatele hooldajatele, siis hooldekodu

Sekkumine oli NYUCI võõrkeelne kohandus. Kõik osalejad olid juudi päritolu ning keskmisest kõrgema haridustasemega, mistõttu ei saa tulemusi laiendada kogu Iisraeli elanikkonnale. Dementsuse diagnoos tugines hooldaja hinnangule, mitte objektiivsele meditsiinilisele diagnoosile, mis võis vähendada diagnoosi täpsust. Samuti ei kogutud teavet selle kohta, milliseid teenuseid või toetust kontrollrühma liikmed väljaspool uuringut said, näiteks osalemist tugigruppides või nõustajatelt helistamist. Andmekadu takistas mõnede oluliste tulemusnäitajate, nagu hoolduskoormus ja sotsiaalne tugi täielikku analüüsi. Sekkumine on paraja pikkusega (16 nädalat), kuid sisalab mitmeid erinevaid komponente, mistõttu sobiks rohkem linnakeskkonda. Sekkumise osana on ka tugigruppidesse suunamine, mis eeldab tugigruppide olemasolu. Takistuseks võib saada ka sobiva kvalifikatsiooniga läbiviijate leidmine, kellel oleks võimalik sessioone sel viisil kombineerida ja ka osalejate juures individuaalselt kodus käia. Kuna sekkumine on suunatud kodus elavatele hooldajatele, siis hooldekodu Sekkumine oli NYUCI kohandus. Uuringus osalesid Virginia osariigi kogukonnas elavate dementsusega inimeste hooldajad, kes osutasid hooldust vähemalt kolm korda nädalas. Hoolduskoormus vähenes kõige enam naiste ja abielus hooldajate seas. Reaktsioonid hooldatava psühholoogilistele ja käitumuslikele sümptomitele paranesid, kuigi sümptomite sagedus ei vähenenud. Vähenes kliinilise depressiooni riskiga hooldajate osakaal ning mõju säilis ka kuue kuu järelhindamisel. Uuringu peamised piirangud olid kontrollrühma puudumine, mis raskendab sekkumise ja tulemuste põhjusliku seose tõlgendamist ning see, et 25% osalejatest ei lõpetanud sekkumist. Sekkumine on võrreldes originaaliga pikem (25 nädalat), kuid sisaldab väiksemal hulgal individuaalseid sessioone. Pakuti võimalust, et kui kohale ei saa minna, siis toimub sekkumine telefoniteel, mis võib osalemist soodustada. Seetõttu sobiks sekkumine nii hajaasustus- kui ka linna iirkonda. Sekkumise osana on ka tugigruppidesse suunamine, mis eeldab tugigruppide olemasolu. Kuna sekkumine on suunatud kodus elavatele Sekkumine oli NYUCI kohandus hooldatavate täiskasvanud lastele. Uuringus osalesid hooldajad, kelle vanemal oli arsti poolt diagnoositud Alzheimeri tõbi või muu dementsus ning kes elasid konkreetses piirkonnas.Kohandatud programm keskendub sellele, et vähendada hooldaja rolli ülekoormust ning rollis olemise „vangistust“ ning negatiivseid reaktsioone hooldatava käitumisprobleemidele. Kuna täiskasvanud lastel oli vastumeelsus kaasata teisi pereliikmeid nõustamisse, muudeti individuaalsete ja perenõustamise sessioonide arvu ja järjekorra protokolli. Uuringul on mitmed piirangud, mis mõjutavad tulemuste tõlgendamist ja üldistatavust. Valim oli väike ning koosnes peamiselt valgenahalistest, naissoost ja kõrgharidusega hooldajatest, mistõttu ei esinda see laiemat hooldajate populatsiooni. Sekkumise rakendamine erines oluliselt algsest protokollist. Täiskasvanud laste vastumeelsus kaasata teisi pereliikmeid nõustamisse tõi kaasa vajaduse sekkumise struktuuri muuta. Valimi suurus ei võimaldanud ka põhjalikult analüüsida sekkumise mõju mehhanisme. Sekkumine on paraja pikkusega (16 nädalat), kuid eeldab võimalust kogukonnas sessioonidel kohal käia. Sekkumise osa on ka tugigruppidesse suunamine, mis eeldab tugigruppide olemasolu. Kuna sekkumine on suunatud kodus elavatele hooldajatele, siis hooldekodu konteksti ei sobiks. Eestis kasutamiseks Hinnatud ei ole pikaajalisi tulemusi, lisaks esines erinevaid piiranguid. Esimese uuringu piirangutena saab välja tuua lühikese hindamisperioodi (kuus kuud) ning et ühendati heterogeensed kultuurid ja etnilised rühmad üheks grupiks ning jäeti mõned etnilised rühmad (nt Aasia päritolu) välja. Samas selgus, et elukvaliteedi paranemine ei kehtinud mustanahaliste või Aafrika päritolu ameeriklaste kohta. Teise uuringu piiranguteks olid kontrollgrupi puudumine, lõpetajate ja katkestajate vahelised erinevused (nt mustanahalised ja hispaanlased lõpetasid sagedamini kui valgenahalised) ning tulemused põhinevad väiksemal arvul osalejatest, kes osalesid ka järelhindamisel. Sekkumine on üsna pikk (26 nädalat) ja sisaldab individuaalseid ja grupiseansse. Sekkumise pikkus võib kujneda takistuseks. Grupiseansid toimuvad telefoniteel, kuid individuaalsed osalejate kodus. Takistuseks võib kujuneda sobiva kvalifikatsiooniga inimeste leidmine, kellel on võimalik osalejate kodudes käia. Seetõttu võib sobida rohkem linnakeskkonda. Kuna sekkumine on suunatud kodus elavatele hooldajatele, siis hooldekodu konteksti ei sobiks. Mitmekomponendilise sekkumisena vajab üsna palju erinevaid ressursse.

Uuring on REACH II võõrkeelne kohandus. Peamisi erinevusi kohandamisel oli kolm: 1) tugigrupi sessioonide puudumine piiratud inimressursi tõttu, 2) ei rakendatud arvuti–telefonisüsteemi (CTIS), kuna see ei olnud Hongkongi vanemaealiste seas levinud, 3) alates kolmandast sessioonist oli kohtumine võimalik läbi viia ka MTÜ-de ruumides. Eesmärk oli integreerida programm teenuste osutamise süsteemi. hooldajad olid vastumeelsed väljastpoolt tulnud hindajatele, mistõttu pimendamisprotseduur jäi poolikuks. Piiranguks olid rakendamise väljakutsed – sekkumise elluviimine sõltus tugevalt inimressurssidest (sekkujate väljaõpe, personalivahetus, organisatsioonide valmisolek protokolle järgida), mis võib mõjutada tulemuste reprodutseeritavust. Uuringusse kaasati hooldajad, kes olid vähemalt 21-aastased, olid osutanud dementsusega pereliikmele hooldust keskmiselt vähemalt kaks tundi päevas viimase kuue kuu jooksul. Uuring oli kvaasi-eksperimentaalne enne-pärast uuring ilma kontrollgrupita. Pikaajalisi tulemusi ei hinnatud. Sekkumine on üsna pikk (26 nädalat), kuid sisaldas selle aja jooksul 12 individuaalset seanssi, mida viidi läbi nii kodus kui ka kogukonnaruumides. Kuna sekkumine on mõeldud kodus elavatele hooldajatele, siis hooldekodu konteksti ei sobiks. Mitmekomponendilise

Uuring oli REACH II võõrkeelne kohandus. Peamisi erinevusi kohandamisel oli kolm: 1) piiratud vahendite tõttu ei viidud läbi tugigruppide sessioone, 2) tehnilistel kaalutlustel ei kasutatud arvuti–telefonisüsteemi (CTIS) lahendust, 3)hooldusega seotud nõustamisvõimalused teistsugusel kujul organiseeritud. Sekkumisel oli pikaajaline mõju hoolduskoormuse vähenemisele ja hooldaja reaktsiooni paranamisele hooldatava käitumise osas. Füüsilise elukvaliteedi osas täheldatud trend (sekkumisgrupi kasuks) pikaajaliselt ei püsinud. Sekkumine on üsna pikk (26 nädalat), kuid sisaldab 12 individuaalset seanssi. Takistuseks võib kujuneda sobiva kvalifikatsiooniga läbiviijate leidmine, kellel on võimalik individuaalselt osalejate kodudes käia. Kuna telefonitugigruppe ei tehtud, siis sekkumise osana saadeti osalejad juba olemasolevatesse tugigruppidesse. See eeldab läbiviidavas piirkonnas eelnevalt toimivaid tugigruppe. Kuna sekkumine on mõeldud kodus elavatele hooldajatele, siis hooldekodu konteksti ei sobiks. Mitmekomponendilise sekkumisena vajab üsna palju erinevaid

Uuring oli REACH II edasiarendus, mis loodi kasutamiseks piirkondlike vanemaealiste agentuuride poolt. Seitsmest REACH II komponendist jäeti välja kaks: (a) spetsiaalsed ekraaniga telefonid, mis olid ühendatud arvutipõhise telefonisüsteemiga info jagamiseks ja grupipõhiste tugikõnede hõlbustamiseks, ning (b) hooldajate õpetamine, kuidas täiendavat sotsiaalset tuge otsida, et vähendada nende koormust. Samuti lühendati programmi pikkus 3–4 kuu peale ning vähendati kohtumiste arvu (neli kodukülastust ja kolm telefonikõne). Sekkumise mõju hindamiseks viidi läbi kvaasi-eksperimentaalne enne-pärast uuring ilma kontrollgrupita, kuhu kaasati osalejad tingimustel, et hooldatav või hooldaja pidi olema vähemalt 60-aastane, hooldatav pidi elama kogukonnas ning saama hoolt pereliikmelt või „fiktiivselt sugulaselt“, kes elas samas kodus või kohalikus piirkonnas. Esmaseid ja teiseseid tulemusnäitajaid ei ole uuringus eristatud. Hooldaja pidi kinnitama, et arst on hooldataval diagnoosinud dementsuse (formaalset diagnoosi kinnitust ei nõutud) ning hooldaja pidi teatama, et tal esineb hooldusrolliga seotud märkimisväärne koormus (täpsemalt kvantifitseerimata). Leiti, et mitteabikaasad said sekkumisest suuremat kasu kui abikaasad ning sekkumine oli tõhusam linnalistes piirkondades kui maal. Pikaajalist mõju ei ole hinnatud. Kuna sekkumine on mõeldud kodus elavatele hooldajatele, siis hooldekodu konteksti ei sobiks. Mitmekomponendilise sekkumisena vajab üsna palju erinevaid

Uuring oli REACH II edasiarendus, mille puhul esines kolm suuremat erinevus võrreldes algprogrammiga. Programmi jooksul loetleti kõik käitumuslikud strateegiad hooldaja töövihikus. Sessioonidel, kus tuvastati uus probleem või oli vaja olemasolevat lahendust muuta, arutasid sekkumise elluviija ja hooldaja koos sobivaid strateegiaid ning valiti välja hooldajale sobivad, välistades seeläbi ajakulu probleemi tuvastamise ja lahenduse esitamise vahel. Lisaks ei kasutatud ekraaniga telefone ja riskide hindamise mõõdikust kasutati 51 küsimuse asemel 21. Uuringus osalesid pereliikmetest hooldajad, kes osutasid hooldust vähemalt neli tundi päevas vähemalt viimase kuue kuu jooksul ning kellel esines vähemalt kaks hooldamisstressi tunnust (nt ülekoormatuse tunne, sage nutuvajadus, viha või frustratsioon, eraldatus perest/sõpradest, mõõdukas või kõrge stressitase ja tervise halvenemine). Sekkumises puudus kontrollgrupp (võimalik valikunihe). Pikaajalist mõju ei hinnatud. Kuna sekkumine on mõeldud kodus elavatele hooldajatele, siis hooldekodu konteksti ei sobiks.

Skaala

3

2-3

2

2

2

4

1-2

3

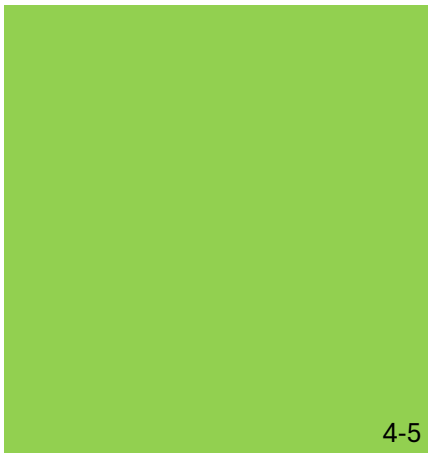
2

3

2-3

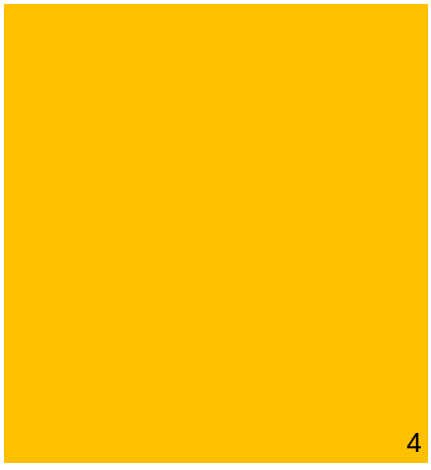
3-4

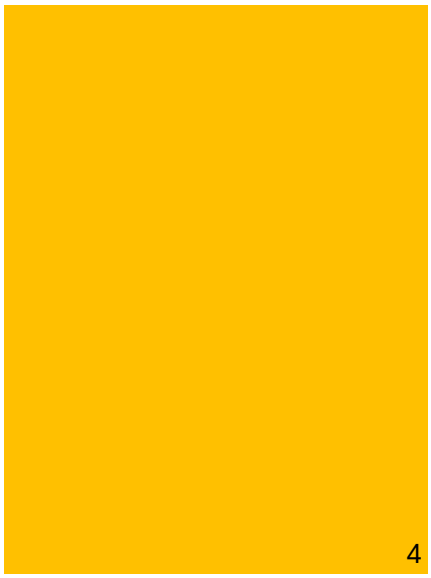
2



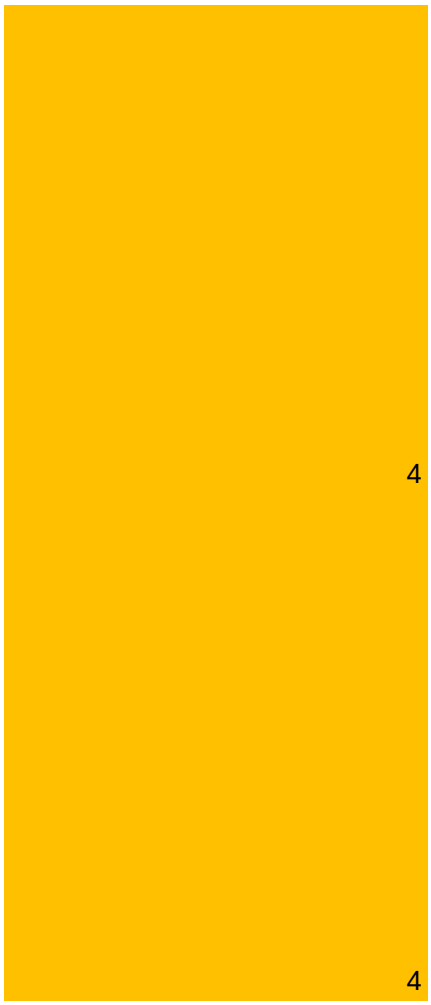
3

3



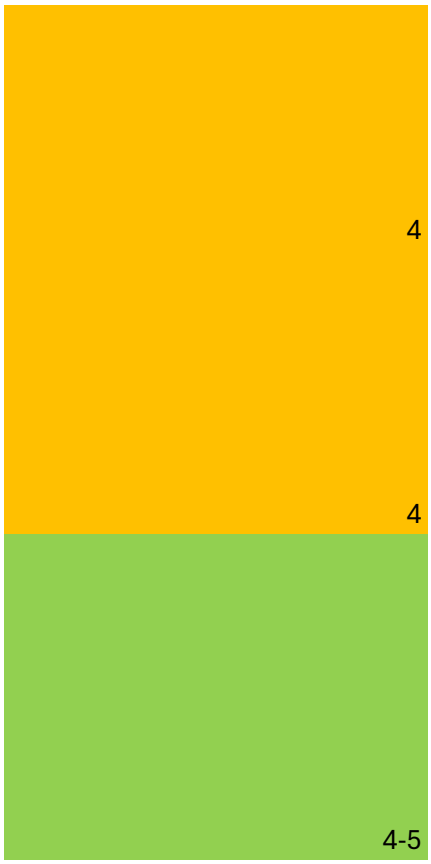


2



3

3-4

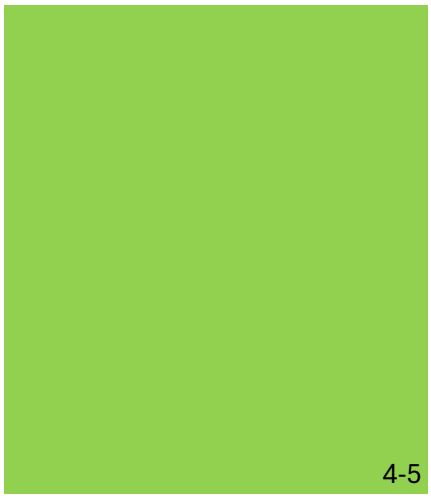


3-4

3

3

3-4



3-4

3-4

3-4

2

2-3

3

3-4

3

3-4

1-2

1

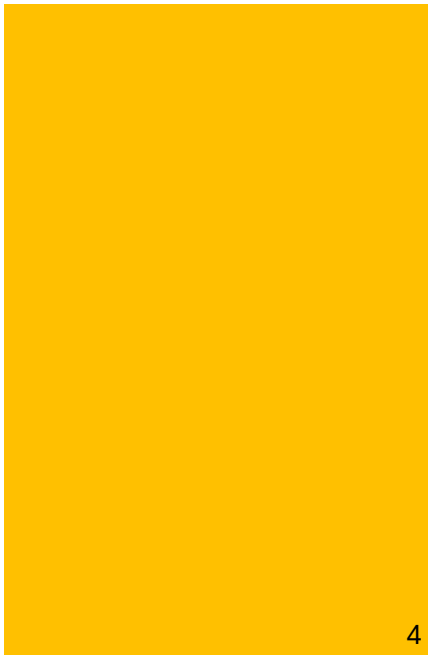
3

2-3

4

3-4

2-3



4
4
4

3-4

3-4

3