

ÍBÚAR Á HJÚKRUNARHEIMILUM MEÐ HEGÐUNARVANDAMÁL, MAT EINKENNA OG MEÐFERÐARMÖGULEIKAR

Sólveig Hrönn Gunnarsdóttir og Ingibjörg Hjaltadóttir

LANGLÍFI HEFUR aukist mjög á síðustu árum og því má gera ráð fyrir því að fleiri einstaklingar greinist með langvinna sjúkdóma af ýmsu tagi, svo sem heilabilunarsjúkdóma, krabbamein og hjartasjúkdóma (Ogden, 2005). Algengasta tegund öldrunarsjúkdóma er heilabilun en sjúkdómar, sem valda heilabilun, eru yfir 50 talsins (Ogden, 2005). Algengasti heilabilunarsjúkdómurinn er Alzheimers-sjúkdómur og má rekja 55% allra heilabilana til hans (Ogden, 2005).

Einkenni heilabilunarsjúkdóma eru margvísleg og hafa víðtæk áhrif á líf einstaklingsins. Algengust eru svokölluð atferlis- og taugasálfræðieinkenni en það er safn ákveðinnar hegðunar eða sálfræði einkenna sem greina má hjá einstaklingum með heilabilunarsjúkdóma (Gerdner, 2010). Talið er að hægt sé að greina atferlis- og taugasálfræðieinkenni hjá allt að 90% einstaklinga með heilabilun (Yu o.fl., 2006). Meðferð við þessum einkennum getur verið flókin og sérstaklega í ljósi þess að meðferðin krefst einstaklingsbundinnar nálgunar þar sem engin ein meðferð hentar öllum (Kales o.fl., 2015).

Rannsóknir hafa leitt í ljós að atferlis- og taugasálfræðieinkennum hafa mikil áhrif á líf og liðan einstaklingsins og á þá umönnun sem hann fær bæði í heimahúsum sem og á hjúkrunarheimili. Þetta eru þau einkenni sem fjölskyldumeðlimum og umönnunaraðilum finnst hvað erfiðast að meðhöndla og leiða oft til þess að einstaklingurinn leggst inn á hjúkrunarheimili (Dettmore o.fl., 2009). Algengt er að meðhöndla atferlis- og taugasálfræðieinkenni með geðdeyfðarlyfjum ýmiss konar en einnig er notkun fjötra algengari hjá þessum skjólstaðingahópi en öðrum (Dettmore o.fl., 2009). Komið hefur í ljós í rannsóknum að skilningur umönnunaraðila á orsökum og eðli hegðunarvanda og annarra atferlis- og taugasálfræðieinkenna er oft og tíðum lítill. Það leiðir svo til aukins álags, úrræðaleysis og mikillar streitu fyrir umönnunaraðila, auk þess að hafa áhrif á gæði umönnunarinnar sem einstaklingurinn nýtur (Lemay og Landreville, 2010). Mjög mikilvægt er fyrir hjúkrunarfræðinga og aðra sem annast einstaklinga með heilabilun að meta einkenni um hegðunarvanda hjá íbúum á hjúkrunarheimilum, tíðni

vandans og styrk og greina hvaða þættir hafa þar áhrif. Þetta er afar mikilvægt til þess að hægt sé að veita markvissa hjúkrunarmedferð sem bætir líðan og daglegt líf íbúa á hjúkrunarheimilum og sem dregur úr streitu og álagi á aðstandendur og umönnunaraðila (Smith o.fl., 2004).

Atferlis- og taugasálfræðieinkenni

Hegðunarvandi er hluti af svokölluðum atferlis- og taugasálfræðieinkennum sem eiga sér stað hjá einstaklingum með heilabilunarsjúkdóma. Um er að ræða safn ákveðinnar hegðunar eða

sálfræði einkenna sem birtast á ólíkan hátt eftir einstaklingum. Algengustu einkennin eru þunglyndi, kvíði, ofskynjanir, ranghugmyndir, óróleiki, árásargirni, sinnuleysi, svefntruflanir og innsæisleysi eða hvatvísi (Kales o.fl., 2015). Nánast allir einstaklingar, sem greindir eru með heilabilunarsjúkdóm, finna þessi einkenni einhvern tímann á sjúkdómsferlinu (Lyketsos o.fl., 2011). Einkennin hafa tilhneigingu til að koma í köstum eða tímabilum og getur hvert tímabil varað í sex mánuði eða lengur (Kales o.fl., 2015).

Óróleiki og árásargirni

Óróleiki er vítt hugtak sem notað er yfir hegðun sem lýsir sér með endurteknu atferli eða munnlegri tjáningu. Hvernig óróleiki birtist er mjög mismunandi eftir einstaklingum en getur verið til dæmis að endurtaka ákveðna hreyfingu, svo sem að nudda saman höndum, unna sér ekki hvíldar, klæða sig úr og í og finna fyrir tilfinningalegri streitu. Óróleiki eykst oft og tíðum þegar sjúkdómurinn ágerist og getur án inngrípa og meðferðar í sumum tilvikum þróast út í árásargirni (Steinberg o.fl., 2008).

Óróleiki, sem lýsir sér með endurtekinni munnlegri tjáningu, er ein algengasta birtingarmynd óróleika hjá fólki með heilabilun. Þessi tegund af óróleika er talin vera hvað erfiðust að takast á við og meðhöndla og veldur mikilli streitu bæði einstaklingnum sjálfum og umönnunaraðilum. Rannsóknir hafa sýnt tilheingingu hjá umönnunaraðilum að einangra þá sem sýna þessi einkenni eða meðhöndla með sterkum geðlyfjum (Lemay og Landreville, 2010).

Árásargirni er ákveðin hegðun, munnleg eða líkamleg, sem getur verið skaðleg einstaklingnum sjálfum eða öðrum í umhverfi hans (Dettmore o.fl., 2009). Þessi hegðunarvandi getur falið í sér öskur, að lemja frá sér, klípa eða sparka. Rannsóknir hafa leitt í ljós að þessi tilteknu einkenni eru aðstandendum og umönnunaraðilum hvað erfiðust að takast á við og leiða oft til þess að viðkomandi einstaklingur leggst inn á hjúkrunarheimili (Dettmore o.fl., 2009).

Ráf er ákveðin tegund af óróleika sem getur aukið álag og byrði aðstandenda og umönnunaraðila (Kallimanis o.fl., 2010). Ráf er skilgreint sem endurtekin líkamleg hreyfing eða athöfn sem ekki hefur beinan tilgang eða markmið (Algase o.fl., 1996). Mikilvægt er að stuðla að öryggi í umhverfi þeirra sem ráfa en rannsóknir sýnt að ráf getur leitt til byltna, þreytu og ótímabærs andláts íbúa (Kallimanis o.fl., 2010).

Geðdeyfðarlyf, eins og Haloperidol, Risperidone og Olazapine, hafa verið ofnotuð við að draga úr óróleika og árásargirni (Ballard o.fl., 2014). Notkun geðdeyfðarlyfja getur í sumum tilvikum dregið úr hegðunarvanda en um leið haft áhrif á og dregið úr hreyfigetu og virkni íbúans í daglegu lífi sem hefur síðan áhrif á lífsgæði hans. Auk þess eru geðdeyfðarlyf talin geta aukið líkur á heilablóðfalli og ótímabæru andláti (Ballard o.fl., 2014).

Kvíði og þunglyndi

Kvíði er talin mjög algengur meðal einstaklinga með heilabilun og algengari en hjá þeim sem ekki hafa þann sjúkdóm. Þegar einstaklingur með heilabilun er haldinn kvíða hefur það áhrif á getu hans til að sinna athöfnum daglegs lífs, það dregur úr lífsgæðum hans. Rannsóknir hafa enn fremur leitt í ljós að erfitt getur verið að greina á milli kvíða og þunglyndis hjá fólki með heilabilun (Seignourel o.fl., 2008).

Þunglyndiseinkenni eru algeng á öllum stigum heilabilunar (Majic o.fl., 2012). Rannsóknunum ber saman um að tengsl og samspil þunglyndis og heilabilunar séu flókin fyrirbæri og er oft vangreint og vanmeðhöndlað af umönnunaraðilum og öðrum heilbrigðisstarfsmönnum. Ástæður fyrir því eru taldar vera að einkenni þunglyndis skarast á við önnur einkenni, eins og sinnuleysi. Einnig birtast þau oft á annan hátt en hjá einstaklingum sem ekki eru með heilabilun (Majic o.fl., 2012). Þunglyndiseinkenni geta leitt til versnandi vitsmunastarfsemi og hafa slæm áhrif á almenna líðan einstaklingsins (Herrera-Guzmás o.fl., 2010). Einnig geta þessi einkenni haft áhrif á sjálfbjargargetu og hreyfigetu hans, auk þess sem tengsl eru á milli þunglyndiseinkenna og óróleika og árásargirni hjá einstaklingum með heilabilun (Majic o.fl., 2012). Því er mikilvægt að greina þunglyndi hjá þessum einstaklingum og hafa rannsóknir sýnt að hægt er að hafa áhrif á og bæta vitsmunastarfsemi einstaklingsins með rétttri greiningu og meðferð (Herrera-Guzmás o.fl., 2010).

Tilfinningadeyfð

Tilfinningadeyfð er algeng hjá einstaklingum með heilabilunarsjúkdóma. Tilfinningadeyfð lýsir sér þannig

að einstaklingurinn sýnir minni áhuga á því sem hann var vanur að taka sér fyrir hendur og breyting verður á innri hvatningu (Lyketsos o.fl., 2011). Mikilvægt er að gera greinarmun á tilfinningadeyfð og þunglyndi því oft er unnt að greina hvorutveggja hjá sama einstaklingnum. Einstaklingur með tilfinningadeyfð hefur ekki lækkað geðslag eins og fram kemur við þunglyndi (Ishizaki og Mimura, 2011). Einkennin eru margvísleg og er algengt að þegar tilfinningar einstaklingsins dofna dregur það úr getu hans til þess að hugsa og sinna sínum athöfnum í daglegu lífi (Lyketsos o.fl., 2011).

Ranghugmyndir og ofskynjanir

Ranghugmyndir lýsa sér á þann hátt að einstaklingur hefur ákveðna trú eða hugmynd sem ekki fær staðist í raunveruleikanum (Cipriani o.fl., 2014). Þær valda einstaklingum með heilabilun og umönnunaraðilum oft töluverðu álagi vegna eðlis þeirra og geta auk þess tengst ýmiss konar hegðunarvanda. Sú streita og vanlíðan, sem ranghugmyndirnar valda, geta leitt til þess að óróleiki og ráf eykst, svefn skerðist og auknar líkur eru á árásargirni (Cipriani o.fl., 2014). Þessi einkenni eru fremur algeng hjá einstaklingum með Alzheimers-sjúkdóminn en tíðnin fer eftir eðli þeirra rannsókna sem gerðar eru. Ranghugmyndir hjá einstaklingum með heilabilun eru oft taldar hluti af versnandi sjúkdómsástandi hans og auka líkur á því að viðkomandi þurfi að vistast á hjúkrunarheimili. Þá geta ranghugmyndir og sú vanlíðan, sem þær valda, leitt til versnandi hreyfigetu og sjálfbjargargetu einstaklingsins (Cipriani o.fl., 2014).

Ofskynjanir eiga sér stað þegar einstaklingur með heilabilun skynjar áreiti sem er ekki til staðar í raunveruleikanum. Að heyra raddir, skynja einhvern í kringum sig sem ekki er til staðar og að finna bragð eða lykt sem ekki er í raun fyrir hendi eru dæmi um ofskynjanir sem algengar eru hjá fólki með heilabilun (Lyketsos o.fl., 2001). Ofskynjanir koma fram hjá 9,5-24% einstaklinga með heilabilun og eru algengari hjá einstaklingum með heilabilun sem þjást af þunglyndi heldur en öðrum íbúum hjúkrunarheimila Einnig eru ofskynjanir algengari hjá einstaklingum með Lewy-sjúkdóm en öðrum sjúklingum með heilabilun (Lyketsos o.fl., 2001).

Hömluleysi og innsæisleysi

Innsæisleysi er algengt taugasálfræðilegt einkenni meðal einstaklinga með heilabilun. Sjúklingar, sem skortir innsæi, gera sér oft ekki grein fyrir áhrifum sjúkdóms síns eða þeim takmörkunum sem sjúkdómurinn veldur (Starkstein o.fl., 2007). Rannsakendur hafa komist að því að jákvætt samband sé á milli sinnuleysis og innsæisleysis, meira innsæisleysi fylgir meira sinnuleysi og öfugt. Talið er að miklar líkur séu á því að einstaklingur með innsæisleysi muni einnig finna fyrir sinnuleysi. Áhættuhegðun er einnig algeng hjá fólki með Alzheimer og hefur sterka fylgni við innsæisleysi (Starkstein o.fl., 2007).

Við umönnun einstaklinga með heilabilun getur innsæisleysi skipt miklu máli. Sjúklingar, sem skortir innsæi, sjá oft ekki ástæðu til að þiggja meðferð og vilja

neita umönnun eða þjónustu og getur slíkt reynst aðstandendum og umönnunaraðilum erfitt (Starkstein o.fl., 2007). Hömluleysi sem hluti af innsæisleysi er ekki eins algengt en kemur fyrir hjá 5-15% einstaklinga með heilabilun og eykst þegar líður á sjúkdómsferlið (Aalten o.fl., (2005). Hömluleysi getur birst á margvíslega vegu, svo sem að klæða sig úr á almannafæri, óstjórnlegur hlátur og óviðeigandi kynferðislegar athafnir.

Meðferð við hegðunarvanda

Óuppfylltar þarfir

Vísindamenn hafa á síðustu árum komist að þeirri niðurstöðu að orsakir atferlis- og taugasálfræðieinkenna eru ekki eingöngu tilkomnar vegna breytinga á starfsemi miðtauga-kerfisins heldur má rekja einkennin til samverkandi líffræðilegra og sálfélagslegra þátta (Kales o.fl., 2015).

Árið 1996 var hjúkrunarkenningin The Need driven Dementia compromised Behavior model (NDB) sett fram en höfundar hennar voru þeir Algase, Beck, Kolanowski, Whall, Berent, Richard og Beattie (1996). Samkvæmt þeirra skilgreiningu er hegðunarvandi ákveðin hegðun sem einstaklingur með heilabilun sýnir þegar líkamlegum, andlegum, félagslegum eða tilfinningalegum þörfum hans er ekki fullnægt. Hegðunarvandann sýnir hann vegna tjáningarörðugleika sem oft eru mjög miklir á seinni stigum sjúkdómsins (Algase o.fl., 1996; Dettmore o.fl., 2009; Lemay og Landreville, 2010). Samkvæmt skilgreiningu Algase o.fl. (1996) geta ákveðnir bakgrunnsþættir (background factors) aukið líkur og aukið hættu á hegðunarvanda hjá einstaklingum á hjúkrunarheimilum. Þessir þættir geta verið m.a. vitsmunaskerðing, kvíði eða líkamlegir sjúkdómar, eins og gigt, krabbamein og hjarta-sjúkdómar, og persónuleiki einstaklingsins. Síðan greina höfundar frá ákveðnum innri þáttum (proximal factors) en það er líffræðilegt og félagslegt umhverfi einstaklingsins og þær aðstæður sem skapast hjá honum. Þessir þættir eru breytilegir og hægt er að hafa áhrif á þá með ýmsum hætti en þeir geta verið verkir, ýmiss konar líkamlegar þarfir eins og þörf fyrir næringu, samskipti, hita, svefn, hreyfingu og einnig þörf fyrir að hafa eitthvað fyrir stafni. Samkvæmt þeirra kenningu eru meiri líkur á hegðunarvanda ef einstaklingurinn fær ekki fullnægjandi aðstoð sem veitt er af virðingu, þekkingu og fagmennsku við athafnir daglegs lífs (Algase o.fl., 1996; Dettmore, o.fl., 2009).

Virkni

Rannsóknir hafa leitt í ljós að ýmiss konar meðferð án lyfja hefur reynst árangursrík til að draga úr vitsmunalegri og líkamlegri hnignun og bæta líf einstaklinga með heilabilun. Virkni og dægrastytting getur fallið undir slíka meðferð og er mikilvægur þáttur í að uppfylla þarfir aldraðra á hjúkrunarheimilum (Dagmar Huld Matthíasdóttir o.fl., 2009). Rannsóknir benda hins vegar til að einstaklingar á hjúkrunarheimilum séu oft óvirkir og einmana og eyði miklum tíma í að sofa og bíða. Einnig er sú dægrastytting, sem í boði er á hjúkrunarheimilum,

oftast miðuð við stóra hópa fremur en að taka tillit til einstaklingsbundinna þarfa íbúanna. Skortur á örvun og virkni getur valdið einangrun, versnandi vitsmunagetu og minni sjálfsbjargargetu auk þess að vera jafnframt tengd hegðunarvanda, svo sem árásargirni, óróleika, þunglyndi og sinnuleysi (Scherder o.fl., 2010). Auk þess hafa rannsóknir sýnt að aukin virkni og afþreying getur dregið úr hegðunarvanda, aukið jákvæðar tilfinningar hjá einstaklingnum og aukið lífsgæðin (Scherder o.fl., 2010).

Hreyfing

Líkamleg hnignun er hraðari meðal einstaklinga með heilabilun en meðal annarra íbúa hjúkrunarheimila auk þess sem byltuhætta er meiri. Því er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar kenni umönnunaraðilum og aðstandendum aðferðir sem hvetja til daglegrar hreyfingar. Slík aðstoð og stuðningur skapar aðstæður til jákvæðra og uppbyggilegra samskipta milli skjólstæðings og umönnunaraðila og dregur úr hegðunarvanda (Teri o.fl., 2003).

Verkir

Erfitt getur verið að greina verki hjá einstaklingum sem þjást af heilabilunarsjúkdómum. Hróp, köll, að neita umönnun, árásargirni, óróleiki og ráf eru oft einkenni sem geta bent til verkja hjá einstaklingum með heilabilun. Þessi einkenni eru oft ekki greind sem einkenni um verki hjá öldruðum heldur frekar sem einkenni um versnandi sjúkdóm (Ahn og Horgas, 2013). Verkir hafa mikil áhrif á daglegt líf einstaklingsins, geta valdið þunglyndi og tilfinningalegu álagi og slíkt leiðir oft til mikils álags fyrir aðstandendur, sjúkrahúsvistar og versnandi heilsufars (Tosato o.fl., 2012). Þrátt fyrir þessa staðreynd eru verkir oft ómeðhöndlaðir hjá öldruðum einstaklingum og sérstaklega hjá einstaklingum á hjúkrunarheimilum. Nýleg rannsókn Cohen-Mansfield o.fl. (2012) leiddi í ljós meðal annars að atferli, sem bendir til verkja, er vangreint hjá einstaklingum með heilabilun og þess vegna er líklegra að einstaklingar með atferlis- og taugasálfræðieinkenni fái geðdeyfðarlyf í stað fullnægjandi verkjalyfjameðferðar. Rannsóknir hafa hins vegar sýnt að geðdeyfðarlyf geta haft ýmiss konar aukaverkanir, svo sem aukið líkur á ótímabæru andláti og heilablóðfalli (Cohen-Mansfield o.fl., 2012). Hins vegar hefur verkjalyfjameðferð ásamt því að leggja áherslu á að uppylla þarfir einstaklinganna og nota óhefðfundna verkjameðferð til viðbótar gefið góða raun (Kovach o.fl., (2006).

Áhrif umhverfis

Einstaklingar með heilabilun eru sérstaklega viðkvæmir fyrir umhverfi sem er þeim framandi og ókunnugt og oft ófærir um að öðlast nýja þekkingu eða tileinka sér nýjar aðferðir. Hins vegar vekur kunnulegt umhverfi, tónlist og ákveðinn hlutur eða lykt oft upp góðar minningar hjá þessu fólki og stuðlar að vellíðan (Gerdner, 2005). Samkvæmt Progressive Lowered Stress Threshold (PLST) kenningunni er hegðunarvandi afleiðing streitu í umhverfi einstaklingsins eða breytinga á líkamsstarfsemi hans. Kenningin skilgreinir hegðunarvanda og önnur atferlis- og

taugasálfræðieinkenni heilabilunarsjúkdóma út frá hugmyndum um líffræðilegan aðlögunar- eða streituþröskuld. Streitu- og aðlögunarþröskuldur einstaklinga með heilabilun er lægri en hjá heilbrigðum einstaklingum og það gerir þá viðkvæmari fyrir áreiti (Smith o.fl., 2004). Ef of miklu áreiti er viðhaldið í langan tíma eða of miklar kröfur gerðar getur það leitt til mikillar vanlíðunar, kvíða og óróleika og þetta getur leitt til árásargirni sem erfitt er að meðhöndla og takast á við (Smith o.fl., 2004). Því er mikilvægt að huga að umhverfi þeirra sem eru með heilabilun og laga það að þeirra þörfum.

Tónlist

Rannsóknir benda til að heilabilunarsjúkdómar leggist síðast á það svæði heilans sem bregst við tónlist og hafa rannsóknir leitt í ljós jákvæðan árangur af því að nota tónlist til að draga úr hegðunarvanda (Gerdner, 2005). Mikilvægt er að fjölskyldan sé þátttakandi í gerð meðferðaráætlunar fyrir þessa einstaklinga. Hún getur veitt mikilvægar upplýsingar um áhugamál einstaklingsins, tónlistaráhuga og viðhorf og væntingar sem einstaklingurinn hefur sem síðan er hægt að byggja meðferð á. Bandarísk rannsókn sýndi að þeir einstaklingar, sem höfðu hlustað daglega á tónlist sem þeir höfðu áhuga á og þekktu frá fyrri tíð, sýndu marktækt færri einkenni um hegðunarvanda á meðan tónlistin var spiluð miðað við samanburðarhóp. Einnig minnkaði hegðunarvandi marktækt á því tímabili sem rannsóknin stóð og tónlist var notuð (Gerdner, 2005). Tónlist, sem einstaklingur þekkir frá fyrri árum, vekur upp ánægjulegar tilfinningar og minningar og það getur svo aftur haft áhrif á tíðni hegðunarvanda og dregið úr honum (Gerdner, 2005).

Samskipti

Aldraðir, sem dvelja á hjúkrunarheimilum, eyða mestum tíma sínum með hjúkrunarfólki, því eru tækifæri hins aldraða til að tala við annað fólk, mest við umönnunaraðila. Rannsóknir hafa sýnt að í mörgum tilfellum koma umönnunaraðilar ekki til móts við þarfir hins aldraða fyrir góð mannleg samskipti. Hröð og ómarkviss samskipti heilbrigðisstarfsfólks og einstaklinga með heilabilun getur aukið líkur á hegðunarvanda. Einstaklingar með heilabilun lifa oft og tíðum í núinu og því er raunveruleiki einstaklingsins sjálfs sá staður sem umönnunaraðilar þurfa að nálgast við umönnun og miða samskipti sín við (Kolanowski o.fl., 2010).

Mikilvægt er að umönnunaraðilar gefi sér tíma með íbúanum, afli upplýsinga um persónulegar óskir hans og daglegar venjur, auk þess að kynnast nánustu ættingjum. Að þekkja sjúklinginn sem einstakling felur í sér þekkingu á aldri, atvinnu, menntun og félagslegum aðstæðum hans (Kristín Björnsdóttir, 2005).

Líðan starfsfólks og umönnunaraðila hefur einnig áhrif á samskipti, en starfsfólki hjúkrunarheimila getur þótt erfitt að annast einstaklinga með heilabilun við böðun. Það sem helst veldur streitu hjá umönnunaraðilum er þegar sjúklingur neitar aðstoð eða sýnir árásargirni (Sloane o.fl., 2004). Rannsóknir hafa leitt í ljós að kvíði og þunglyndi

er algengari meðal umönnunaraðila sem annast einstaklinga með heilabilunarsjúkdóma en meðal þeirra sem annast aðra sjúklingahópa (Kales o.fl., 2015). Huga þarf að þessum þætti í umönnun því að streita og kvíði hjá umönnunaraðilum getur haft áhrif á hvernig hann tekst á við hegðunarvandann og hvernig samskipti hann á við einstaklinginn. Neikvæður samskiptastíll og pirringur hjá umönnunaraðilum hefur áhrif á einstaklinginn og getur aukið hegðunarvandann (De Vugt o.fl., 2005).

Lokaorð

Hegðunarvandi og önnur atferlis- og taugasálfræðieinkenni eru algeng hjá einstaklingum með heilabilunarsjúkdóma. Einkennin geta komið fram í köstum eða tímabilum auk þess sem þau geta birst á ólíkan hátt milli einstaklinga. Mikilvægt er að þekkja þessi einkenni og geta metið tíðni þeirra, breytileika og styrk. Hjúkrunarfræðingar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn þurfa að hafi góða þekkingu á eðli og orsökum þessara einkenna. Það er nauðsynlegt til þess að hægt sé að veita gagnreynda hjúkrunarmedferð til að draga úr þeim áhrifum sem þessi einkenni geta haft á líf og líðan einstaklinga með heilabilun. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar veiti umönnunaraðilum og aðstandendum fræðslu um orsakir þessara einkenna sem gæti þá um leið aukið öryggi þeirra við umönnun og dregið úr streitu og álagi.

HEIMILDASKRÁ

- Aalten, P., de Vugt, M. E., Jaspers, N., Jolles, J., og Verhey, F. R. J. (2005). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia: Part I: Findings from the two-year longitudinal Maasbed study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 523-530.
- Ahn, H., og Horgas, A. (2013). The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia. *BMC Geriatric*, 13, 1-7.
- Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K. og Beattie, E. (1996). Need driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 11(6), 10-19.
- Ballard, C., Corbett, A., og Howard, R. (2014). Prescription of antipsychotics in people with dementia. *British Journal of Psychiatry*, 205(1), 4-5.
- Cipriani, G., Danti, S., Vedovelli, M., Nuti, A., og Lucetti, C. (2014). Understanding delusion in dementia: A review. *Geriatrics & Gerontology international*, 14(1), 32-39.
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Marx, M. S., og Dakheel-Ali, M. (2012). What are the barriers to performing nonpharmacological interventions for behavioral symptoms in the nursing home? *Journal of American Medical Directors Association*, 13, 400-405.
- Dagmar Huld Matthíasdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir og Rúnar Vilhjálmsson (2009). Dægrastytting á íslenskum hjúkrunarheimilum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(4), 30-36.
- Dettmore, D., Kolanowski, A., og Boustani, M. (2009). Aggression in persons with dementia: Use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing*, 30(1), 8-17.
- DeVugt, M. E., Nicolson, N. A., Aalten, P., Lousberg, R., Jolle, J., o.fl. (2005). Behavioral problems in dementia patients and salivary cortisol patterns in caregivers. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17, 201-60.
- Gerdner, L. A. (2010). Evidence based guideline and individualized music for elders with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(6), 7-15.
- Gerdner, L. A. (2005). Use of individualized music by trained staff and family. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(6), 2-30.
- Herrera-Guzmán, I., Gudayol-Ferré, E., Herrera-Abarca, J. E., Herrera-Guzmán, D., Montelongo-Pedraza, P., Padrós Blázquez, F., o.fl. (2010). Major depressive disorder in recovery and neuropsychological functioning: Effects of selective serotonin uptake inhibitor and dual inhibitor depression treatments on residual cognitive deficits in patients with Major Depressive Disorder in recovery. *Journal of Affective Disorders*, 123: 341-350.
- Ishizaki, J., og Mimura, M. (2011). Dysthymia and apathy: Diagnosis and treatment. *Depression Research and Treatment*, 2011, 1-7.
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., og Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350(369), 1-16.
- Kallimanis, B. K., Schonfeld, L., Molinari, V. A., Algase, D., Brown, L. M., Kearns, W. D., Davis, D. M., Werner, D. H., Beattie, E. R., og Nelson, A. L. (2010). Longitudinal investigation of wandering behavior in department of veterans affairs nursing home care units. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 166-174.
- Kolanowski, A., Fick, D., Frazer, C., og Penrod, J. (2010). It's about time: Use of non pharmacological interventions in the nursing home. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 214-222.
- Kovach, C. R., Logan, B. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., Smerz, J., o.fl. (2006). Effects of the Serial Trial Intervention on discomfort and behavior of nursing home residents with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 21, 147-155.
- Kristín Björnsdóttir (2005). *Líkami og sál. Hugmyndir, þekking og aðferðir í hjúkrun*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Lemay, M., og Landreville, P. (2010). Verbal agitation in dementia: The role of discomfort. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 25(3), 193-201.
- Lyketsos, C. G., Carillo, M. C., Ryan, M. J., Khachaturian, A. S., Trzepacz, P., Amatniek, J., o.fl. (2011). Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimers & dementia* 7(5), 532-539.
- Lyketsos, C. G., Sheppard, J. M. E., Steinberg, M., Tschanz, J. A. T., Norton, M. C., Steffens, D. C., o.fl. (2001). Neuropsychiatric disturbance in Alzheimer's disease clusters into three groups: The Cache County study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(11), 1043-1053.
- Majic, T., Pluta, J. P., Mell, T., Treusch, Y., Gutzmann, H., og Rapp, M. A. (2012). Correlates of agitation and depression in nursing home residents with dementia. *International International Psychogeriatrics*, 24(11), 1779-1789.
- Ogden, J. A. (2005). *Fractured minds. A case study approach to clinical neuropsychology* (2. útgáfa). New York: Oxford University Press.
- Scherder, E. J., Boger, T., Eggermont, L. H., Hamers, J. P., og Swaab, D. F. (2010). The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *International Psychogeriatrics*, 22(8), 1203-1208.
- Sloane, P. D., Hoefler, B., Mitchell, C. M., McKenzie, D. A., Berrick, A. L., Rader, J., o.fl. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: A randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1795-1804.
- Smith, M., Gerdner, L. A., Hall, R. G., og Buckwalter, K. C. (2004). History, development and future of the progressively lowered stress threshold: A conceptual model for dementia care. *Journal of American Geriatric Society*, 52, 1755-1760.
- Seignourel, P. J., Kunik, M. E., Snow, L., Wilson, N., og Stanley, M. (2008). Anxiety in dementia: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1071-1082.
- Starkstein, S. E., Jorge, R., Mizrahi, R., Adrian, J., og Robinson, R. G. (2007). Insight and danger in Alzheimer's disease. *European Journal of neurology*, 14(4), 455-460.
- Steinberg, M., Shao, H., Zandi, P., Lyketsos, C. G., Welsh-Bohmer, K. A., Norton, M. C., o.fl. (2008). Point and 5 years period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: The Cache County study. *Internal Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 170-177.
- Tosato, M., Lukas, A., van der Roest, H. G., Danese, P., Antocicco, M., Finne-Soveri, H., Nikolaus, T., Landi, F., Bernaberi, R., og Onder, G. (2012). Association of pain with behavioral and psychiatric symptoms among nursing home residents with cognitive impairment: Results from the SHELTER study. *PAIN*, 153, 305-310.
- Teri, L., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Buchner, D. M., Barlow, W. E., o.fl. (2003). Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer's disease: A randomized controlled trial. *JAMA*; 290(15), 2015-2022.
- Yu, F., Kolanowski, A. M., og Litaker, M. (2006). The association of physical function with agitation and passivity in nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(12), 30-36.