

# ZÁŤAŽ OPATROVATEĽOV OSÔB S DEMENCIOU A MOŽNOSTI JEJ PREVENČIE

Zuzana KATRENIÁKOVÁ, Marta NEMČÍKOVÁ, Iveta NAGYOVÁ



Košice, 2023

Názov:

**Záťaž opatrovateľov osôb s demenciou a možnosti jej prevencie**  
vedecká monografia

Autori:

**MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD.**

**Mgr. Marta Nemčíková, PhD.**

**Mgr. Iveta Nagyová, PhD.**

Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny,  
Lekárska fakulta, UPJŠ v Košiciach

Recenzenti:

prof. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

MUDr. Miriam Polanová, PhD., MPH

Grafické spracovanie:

EQUILIBRIA, s.r.o.

Vydavateľstvo:

EQUILIBRIA, s.r.o.

Rok vydania: 2023

Počet strán (AH): 93 (3,99)

Text neprešiel jazykovou korektúrou, za odbornú a jazykovú úpravu zodpovedajú autori. Všetky práva vyhradené. Žiadna časť textu nesmie byť použitá na ďalšie šírenie akoukoľvek formou bez predchádzajúceho súhlasu autorov.

Umiestnenie: <https://www.upjs.sk/lekarska-fakulta/ustav/socialna-a-behavioralna-medicina/vyskum/projekty/vega/>

Dostupné od: január 2023

Táto práca bola podporovaná Vedeckou grantovou agentúrou MŠV a Š SR a SAV - VEGA 1/0372/20 s názvom *Využitie ekosociálnych a behaviorálnych intervencií v prevencii záťaže opatrovateľov osôb s Alzheimerovou chorobou.*

ISBN 978-80-8143-325-2

# OBSAH

Predhovor .....	4
<b>1 Výzvy v starostlivosti o osoby s demenciou.....</b>	<b>6</b>
Demencia ako globálna výzva pre verejné zdravotníctvo.....	7
Rizikové a protektívne faktory demencie.....	11
Efektívne intervencie v prevencii a liečbe demencií .....	13
Dlhodobá starostlivosť o osoby s demenciou v podmienkach SR.....	19
<b>2 Závažnosť opatrovateľov poskytujúcich starostlivosť osobám s demenciou .....</b>	<b>30</b>
Koncept opatrovateľskej záťaže .....	31
Meranie opatrovateľskej záťaže - rámec aplikovaný v projekte .....	34
Závažnosť opatrovateľov osôb s demenciou - výsledky výskumu.....	40
<b>3 Možnosti prevencie záťaže opatrovateľov osôb s demenciou.....</b>	<b>49</b>
Ekosociálne a behaviorálne intervencie.....	50
Alzheimer Café Košice - pilotný program pre neformálnych opatrovateľov .....	54
Špecifické prístupy v komunikácii .....	59
Využívanie reminiscencie a validácie - výsledky výskumu .....	72
Odporúčania pre politiku a prax.....	75
Zoznam bibliografických odkazov .....	80
Zoznam použitých skratiek.....	92

# PREDHOVOR

*„Poznáme pocity, ale nepoznáme hlavnú myšlienku.  
Váš úsmev, smiech a dotyk sú tým, čo nás spája.“*

**CH. BRYDEN**

*(myšlienky osoby žijúcej s demenciou)*

Demencia predstavuje naliehavú a mimoriadne zložitú globálnu výzvu pre zdravotnícke a sociálne systémy v 21. storočí. Na Slovensku bol v roku 2018 počet pacientov s demenciou odhadovaný na 62 495, čo predstavuje 1,15 % populácie. Slovenská Alzheimerova spoločnosť očakáva, že v roku 2040 počet osôb s demenciou dosiahne 180 000. Demencia sa najčastejšie vyskytuje pri Alzheimerovej chorobe, ďalšími diagnostikovanými formami sú napríklad vaskulárna demencia, demencia s Lewyho telieskami, frontotemporálna demencia, zmiešaná demencia a demencia pri Parkinsonovej chorobe. Demencia ako závažný progresívny syndróm predstavuje záťaž nielen pre tých, ktorí ňou trpia, ale aj pre tých, ktorí sa na pomoci osobe s demenciou podieľajú. Je známe, že poskytovanie starostlivosti ľuďom žijúcim s demenciou má často za následok záťaž a zlé kvalitu života, čo môže viesť k závažným zdravotným problémom, ba dokonca až k predčasnej smrti opatrovateľa. Napriek tomu, že táto starostlivosť je oveľa stre-

sujúcejšia v porovnaní so starostlivosťou poskytovanou ľuďom so zdravotným postihnutím, jej negatívne dôsledky sú stále prehliadané.

Vedeckým cieľom výskumného projektu s názvom *Využitie ekosociálnych a behaviorálnych intervencií v prevencii záťaže opatrovateľov osôb s Alzheimerovou chorobou* (VEGA 1/0372/20) bolo overiť efektívnosť ekosociálnych a behaviorálnych intervencií v prevencii záťaže opatrovateľov osôb s Alzheimerovou chorobou a formulovať na dôkazoch založené odporúčania pre prax a verejnú sociálno-zdravotnú politiku. Publikácia *Záťaž opatrovateľov osôb s demenciou a možnosti jej prevencie* prináša vybrané informácie získané v priebehu troch rokov realizácie projektu (január 2020 až december 2022). Nejde pritom iba o sumarizáciu dostupných už existujúcich poznatkov zo zahraničných a domácich bibliografických zdrojov, ale aj o nové zistenia z vlastného výskumu. Súčasne zdieľa skúsenosti nadobudnuté v našich

podmienkach pri tvorbe a uskutočnení pilotných intervencií pre neformálnych opatrovateľov osôb s demenciou a odborných pracovníkov, ktoré môžu byť príkladom dobrej praxe a inšpiráciou do budúcnosti. Autorky si zároveň uvedomujú obmedzenú platnosť niektorých predložených faktov vyplývajúcu z narastajúceho záujmu o výskum v tejto oblasti, rýchlo sa meniacimi legislatívnymi podmienkami ako aj neočakávanými spoločenskými udalosťami na národnej i medzinárodnej úrovni.

Na tomto mieste je milou povinnosťou autoriek poďakovať všetkým členom riešiteľského kolektívu výskumného projektu VEGA 1/0372/20 za ich zanietenu spoluprácu pri plnení jednotlivých projektových úloh a podporu, ktorou prispeli k úspešnému zvládnutiu projektových aktivít. Poďakovanie patrí tiež ďalším organizáciám - Cesta nádeje, Odbor podpory zdravia a výchovy k zdraviu Regionálneho úradu verejného zdravotníctva so sídlom v Košiciach, Centrum MEMORY n.o., Asociácia na ochranu práv pacientov, Prohuman, Regionálna komora fyzioterapeutov pre Východoslovenský kraj, PR oddelenie LF UPJŠ v Košiciach, Ústav lekárskej informatiky a simulátorovej medicíny LF UPJŠ v Košiciach, EQUILIBRIA, s.r.o., GrownApps, s.r.o. a Spoločnosť 247.sk, s.r.o. - spolupracujúcim

pri vybraných aktivitách a projektových výstupoch. V neposlednom rade vyjadrujeme naše úprimné poďakovanie každému jednému účastníkovi našich výskumných štúdií a pilotných intervencií.

Budeme radi, ak sa táto publikácia stane užitočným a podnetným zdrojom poznatkov pre každého, kto sa akokoľvek podieľa na starostlivosti o ľudí žijúcich s demenciou na Slovensku a svojim ľudským a profesionálnym prístupom môže významne ovplyvňovať ich kvalitu života a dôstojné žitie s touto neľahkou diagnózou.

Autorky

# Výzvy v starostlivosti o osoby s demenciou

## 1 kapitola



## DEMENCIA AKO GLOBÁLNA VÝZVA PRE VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO

Prognózy vývoja demografickej štruktúry obyvateľov naznačujú, že celosvetovo sa najrýchlejšie zvyšuje počet obyvateľov v post-produktívnom veku. V roku 2050 je očakávané zdvojnásobenie počtu osôb vo vyššom veku, keď sa predpokladá nárast na takmer 2,1 miliardy osôb (OSN/UN, 2017). Medzi hlavné príčiny chorobnosti ľudí vo vyššom veku patria: ischemická choroba srdca, pády a zlomeniny, depresia, onkologické choroby a demencia (WHO, 2015). Jedna tretina ľudí vo vyššom veku zomiera s demenciou (Livingston, 2017).

Pojem demencia v súčasnosti zahŕňa viac ako 100 chorôb a porúch. Najčastejšie sa podľa *Alzheimer's Disease International* (2018<sup>a</sup>) vyskytuje pri Alzheimerovej chorobe, a to v 50-60 % všetkých prípadov. Ďalšími formami sú napríklad vasikulárna demencia (20-25 %), demencia s Lewyho telieskami (5-10 %), frontotemporálna demencia (5-10 %), zmiešaná demencia a demencia pri Parkinsonovej chorobe. S vekom pritom prudko stúpa práve prevalencia demencie pri Alzheimerovej chorobe, od menej ako 1 % do 65 rokov veku, cez asi 5 % vo vekovej skupi-

ne 65-ročných a starších až po asi 40 % u ľudí od 85 rokov (Králová et al., 2020).

Demencia je progresívny syndróm, u ktorého v klinickom obraze prevládajú kognitívne prejavy, pričom prvým príznakom býva spravidla porucha epizodickej pamäti. V priebehu rozvoja choroby sa pridávajú nekognitívne psychopatologické a behaviorálne prejavy sprevádzané ďalšími telesnými prejavmi a funkčnými obmedzeniami (Králová et al., 2020; Králová, 2017; Tab. 1).

Z hľadiska stupňa závažnosti (hlbky demencie) po ľahkom a stredne ťažkom stupni nasleduje posledný ťažký stupeň, v ktorom je človek úplne závislý na poskytovanej starostlivosti vo všetkých oblastiach života. Ľudia vo veku nad 65 rokov žijú po diagnostikovaní demencie v priemere od 4 do 8 rokov, niektorí však žijú aj dlhšie ako 20 rokov (Karlawisha et al., 2017).



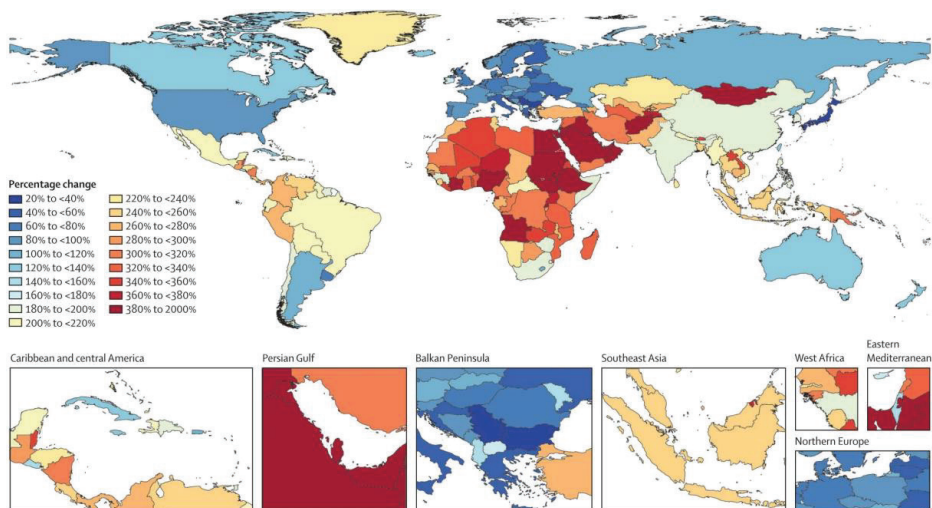
**Tab. 1** Klinické prejavy syndrómu demencie (podľa Králová, 2017).

Kognitívne prejavy	Nekognitívne prejavy	Telesné prejavy	Funkčné obmedzenia
<p><b>porucha:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pamäti</li> <li>• myslenia</li> <li>• úsudku</li> <li>• orientácie</li> <li>• reči</li> <li>• učenia</li> <li>• poznávania</li> <li>• praxie</li> <li>• exekutívnych funkcií</li> </ul>	<p><b>psychopatologické:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• depresia</li> <li>• anxieta</li> <li>• apatia</li> <li>• (hypo)mánia, mória</li> <li>• bludy</li> <li>• halucinácie</li> <li>• misidentifikácia</li> <li>• agitovanosť</li> <li>• agresia</li> <li>• poruchy spánkového rytmu</li> </ul> <p><b>behaviorálne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spoločensky neprijateľné správanie</li> <li>• zvláštne motorické prejavy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• inkontinencia</li> <li>• úbytok hmotnosti, malabsorpcia</li> <li>• zmeny trofiky svalov, ubúdanie svalovej hmoty</li> <li>• motorické symptómy</li> <li>• extrapyramídové symptómy</li> </ul>	<p><b>ťažkosti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• s komplexnými činnosťami (v zamestnaní, pri šoférovaní, ...)</li> <li>• s domácimi prácami</li> <li>• so sebaobsluhou v základných činnostiach (jedenie, hygiena, ...)</li> <li>• s komunikáciou</li> <li>• so samostatným pohybom</li> <li>• so samostatným fungovaním, plná závislosť od pomoci druhých</li> </ul>

V roku 2018 žilo celosvetovo 50 miliónov ľudí s demenciou, pričom *Alzheimer's Disease International* predpokladá do roku 2050 viac ako trojnásobný nárast tohto ochorenia (Nichols et al., 2022; Obr. 1). Alzheimer Europe (2019) odhadol počet pacientov s demenciou na Slovensku na 62 495, čo predstavuje 1,15 % populácie. Predpokladaná prevalencia demencie v SR v roku 2018 bola

najvyššia u mužov vo vekovej kategórii od 80 do 84 rokov (3 370 osôb) a u žien vo veku od 85 do 89 rokov (9 740 osôb). *Slovenská Alzheimerova spoločnosť* očakáva, že v roku 2040 vzrastie počet osôb s demenciou na 180 000. Presné čísla nie sú známe, pretože na Slovensku ešte nebola uskutočnená adekvátna epidemiologická štúdia.





**Obz. 1** Percentuálna zmena medzi rokmi 2019 a 2050 v počte jedincov s demenciou všetkých vekových skupín podľa krajín (Nichols et al., 2022).

V roku 2015 sa celosvetové náklady na demenciu odhadovali na 818 miliárd USD a toto číslo bude s nárastom prevalencie demencie naďalej stúpať. **Takmer 85 % všetkých finančných nákladov súvisí skôr s rodinnou a sociálnou starostlivosťou ako s lekárskou starostlivosťou** (Livingston et al., 2017). Jedna z posledných štúdií navyše zistila, že socioekonomické náklady, ako sú náklady na zdravotnú starostlivosť pre príbuzných (opatrovateľov), náklady spojené so zníženou kvalitou života a „skryté“ náklady, ktoré sa hromadia pred samotným diagnostikovaním choroby, nie sú pri súčasných odhadoch socio-ekonomických dopadov zohľadňované (El-Hayek et al., 2019). Dopad demencie sa prejavuje v troch vzájomne prepojených úrov-

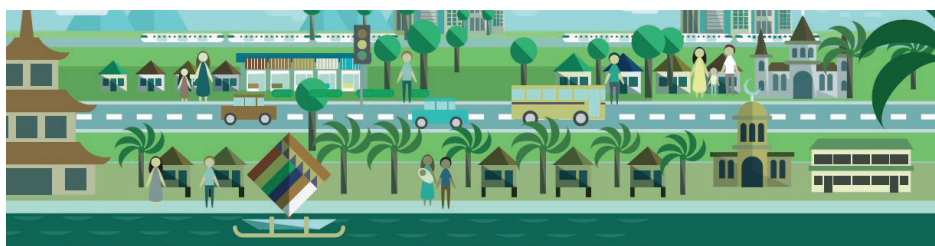
niach: jednotlivec s demenciou, jeho rodina a priatelia a širšia spoločnosť. Zatiaľ čo demencia skracuje životy pacientov, jej najväčší vplyv je na kvalitu života, ako samotných pacientov, tak aj ich rodinných opatrovateľov (Alzheimer’s Disease International, 2018<sup>b</sup>). Demencia preto predstavuje naliehavú a mimoriadne zložitú globálnu výzvu aj pre zdravotnícke a sociálne systémy.

Demenciou a jej prevenciou sa za ostatných desať rokov zaoberajú viaceré globálne dokumenty ako napríklad - *Dementia: A Public Health Priority* (2012), *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030* a *Policy Brief for Heads of Government: The Global Impact of Dementia 2013-2050*.

Víziou WHO formulovanou v **Globálnom akčnom pláne o reakcii verejného zdravotníctva na demenciu pre roky 2017-2025** (*The Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025*) je svet, v ktorom je realizovaná prevencia proti demencii a osoby s demenciou a ich opatrovatelia žijú dobre, dostávajú starostlivosť a podporu, ktorú potrebujú na plnenie svojho potenciálu s dôstojnosťou, rešpektom, autonómiou a rovnosťou. Cieľom je zlepšiť životy ľudí s demenciou, ich opatrovateľov a rodín a zároveň znížiť dopad demencie na jednotlivcov, ako aj na komunity a celú spoločnosť prostredníctvom aktivít v siedmich oblastiach: demencia ako priorita verejného zdravotníctva; zvýšenie povedomia o demencii a priateľský prístup; redukcia rizík demencie; diagnostika,

liečba, starostlivosť a podpora; podpora opatrovateľov osôb s demenciou; informačné systémy o demencii; výskum demencie a inovácie (WHO, 2017).

Platforma **Globálne observatórium demencie** (*The Global Dementia Observatory Knowledge Exchange Platform*, <https://globaldementia.org/en/about-gdo>) ponúka kľúčové zdroje pre podporu implementácie globálneho akčného plánu a jeho siedmich akčných oblastí. Zainteresovaným stranám poskytuje priestor na bezplatné zdieľanie zdrojov (napr. politik, usmernení, prípadových štúdií, príkladov dobrej praxe), ktoré sú k dispozícii na uľahčenie vzájomného učenia sa a podporu výmeny poznatkov v oblasti demencie (Obr. 2).



**Obr. 2** The Global Dementia Observatory Knowledge Exchange Platform (banner).

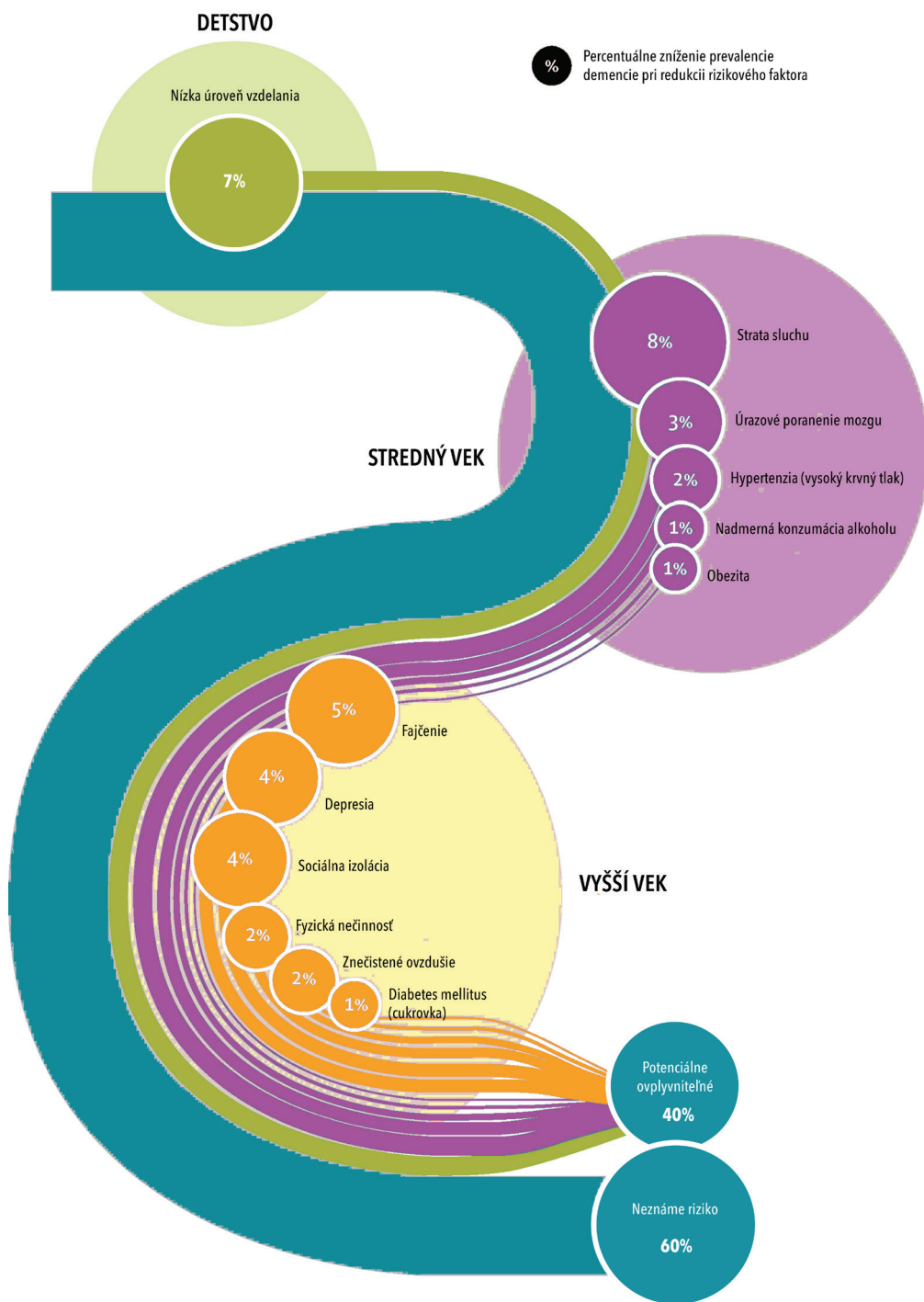
## RIZIKOVÉ A PROTEKTÍVNE FAKTORY DEMENCIE

Moderné prístupy nepovažujú demenciu za normálnu a očakávanú súčasť staroby a na procesy s ňou spojené nazerajú v pojmoch tzv. patologického starnutia. Na dôkazoch založené poznatky súčasne poukazujú na zatiaľ neúspešnú liečbu demencie založenú na farmakologickom prístupe a na osobitný význam prevencie (Montero-Odasso et al., 2020; Mistridis et al., 2017; Baumgart et al., 2015). Pre väčšinu demencií (najmä pri Alzheimerovej chorobe a vaskulárnych demenciách) máme zatiaľ k dispozícii len symptomatickú liečbu. Táto liečba môže progresiu demencie spomaliť, prípadne na istý čas aj pozastaviť, avšak za predpokladu včasnej diagnostiky a včasného nasadenia liečby (Králová et al., 2020). Do popredia vedeckého skúmania sa preto dostávajú faktory zvyšujúce riziko (rizikové faktory) a faktory znižujúce riziko (protektívne faktory) vzniku a rozvoja demencie.

V roku 2014 zriadili bývalé krajiny G8 *World Dementia Council* a v spolupráci s americkou *Alzheimer's Association* zhrnuli dostupné na dôkazoch založené poznatky spolu s uvedením sily dôkazov pre jednotlivé rizikové faktory demencie. Silný dôkaz bol preukázaný pre úrazové poranenia mozgu; stredne silné dôkazy pre obezitu a hypertenziu

v strednom veku, fajčenie a diabetes; nejasné dôkazy pre históriu depresie, poruchy spánku a hyperlipidémiu. Silné dôkazy existujú tiež pre roky formálneho vzdelávania; stredne silný dôkaz bol doložený pre fyzickú aktivitu; menej silné dôkazy pre konzumáciu stredomorskej stravy a kognitívny tréning a nejasné dôkazy pre strednú mieru konzumácie alkoholu a sociálnu angažovanosť ako pre **protektívne faktory demencie** (Baumgart et al., 2015).

V roku 2020 bol na základe nových recenzií a metaanalýz publikovaný **aktualizovaný model životného cyklu potenciálne ovplyvniteľných rizikových faktorov demencie**. Faktory v rannom veku (*nízka úroveň vzdelania*), v strednom veku (*strata sluchu, úrazové poranenie mozgu, hypertenzia, nadmerná konzumácia alkoholu, obezita*) a vo vyššom veku (*fajčenie, depresia, sociálna izolácia, fyzická nečinnosť, znečistené ovzdušie (vrátane pasívneho fajčenia), diabetes mellitus*) môžu prispieť k zvýšenému riziku rozvoja demencie. Pre všetky tieto rizikové faktory existujú dostatočné dôkazy, hoci niektoré z nich, ako napríklad depresia, môžu mať obojsmerný vplyv a sú tiež súčasťou prodrómu demencie. Týchto **12 ovplyvniteľných rizikových faktorov predstavuje približne 40 % celosvetových demencií, ktorým by sa následne teoreticky dalo predísť alebo by sa dali oddialiť** (Livingston et al., 2020, Obr. 3).



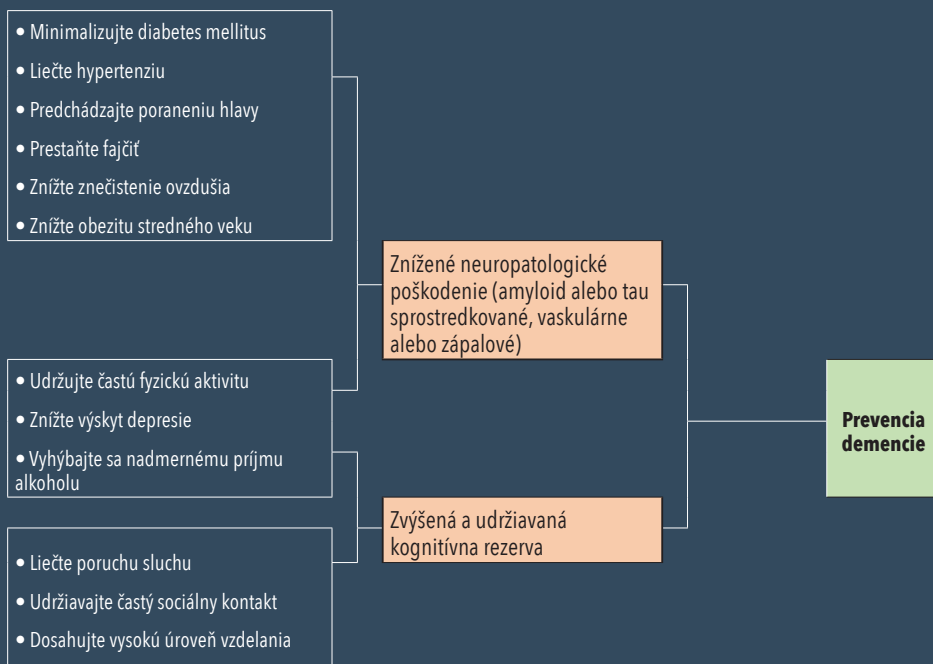
Obr. 3 Celková záťaž Alzheimerovou chorobou a súvisiacimi demenciami (Livingston et al., 2020).

## EFEKTÍVNE INTERVENCIE V PREVENCII A LIEČBE DEMENCIÍ

Dostupná farmakologická liečba zatiaľ funguje na princípe redukcie symptómov demencie. Navyše, nie všetky osoby s výrazným neuropatologickým poškodením musia mať príznaky demencie, a naopak, niektorí ľudia s výrazne menším neuropatologickým poškodením vykazujú výrazné symptómy demencie (Snowdon, 2003).

Jedno z vysvetlení, prečo syndróm demencie a prítomnosť neuropatologických procesov v mozgu nie vždy korelujú, priniesla hypotéza tzv. kognitívnej rezervy (Stern, 2012). **Kognitívna rezerva** predstavuje adaptabilitu umožňujúcu zachovanie poznania alebo každodenného fungovania napriek mozgovej patológii. Je premenlivá a kvantifikuje sa pomocou charakteristík, ako sú vzdelávanie, zložitosť práce, voľnočasové aktivity, reziduálne prístupy alebo identifikáciou funkčných sociálnych sietí, ktoré by mohli byť základom tejto rezervy. Spolu s neurobiologickou rezervou mozgu (napr. počet neurónov a synapsí v danom čase) a údržbou mozgu (ako neurobiologickým kapitálom v akomkoľvek čase, založenom na genetike alebo život-

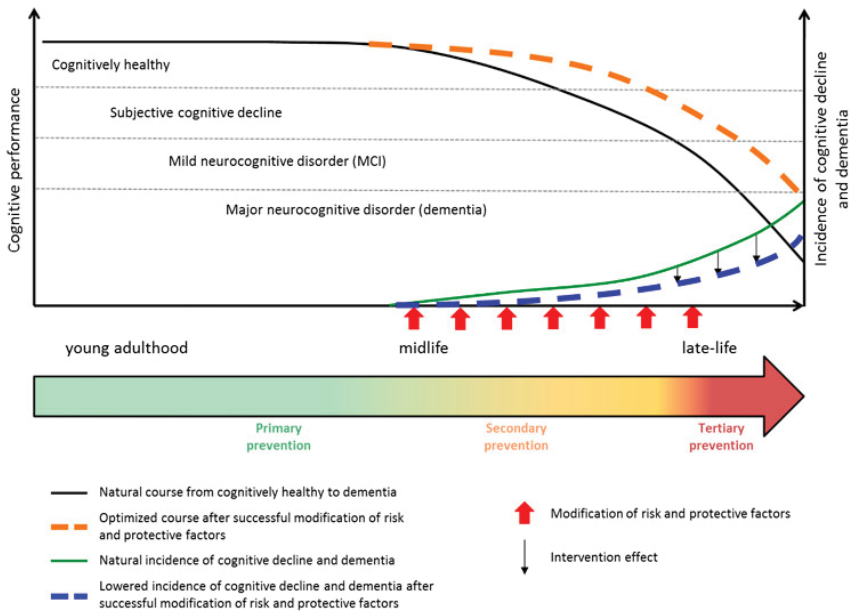
nom štýle) je súčasťou konceptu rezervy ako „rozdielu medzi klinickým obrazom jednotlivca a jeho neuropatológiou“. Výslednú kognitívnu rezervu ovplyvňujú faktory v ranom veku, ako napríklad nedostatok vzdelania. Fajčenie, podobne ako znečisťovanie ovzdušia, môže pôsobiť prostredníctvom vaskulárnych mechanizmov. Pravidelné cvičenie môže znížiť hmotnosť a riziko diabetes mellitus, zlepšiť kardiovaskulárne funkcie, znížiť glutamín alebo zvýšiť hipokampálnu neurogenézu. Vyšší HDL cholesterol môže pri miernom kognitívnom poškodení chrániť pred vaskulárnym rizikom a zápalom sprevádzajúcim patológiu amyloid- $\beta$  (Livingston et al., 2020). Možné **mechanizmy prevencie demencie** preto zahŕňajú zvýšenie alebo udržanie kognitívnej rezervy napriek neuropatologickému poškodeniu (Obr. 4).



**Obr. 4** Možné mozgové mechanizmy na zvýšenie alebo udržanie kognitívnej rezervy a zníženie rizika potenciálne ovplyvniteľných rizikových faktorov demencie (Livingston et al., 2020).

Obrázok 5 znázorňuje hypotetický model výskytu neurokognitívnych ochorení v strednom období života - bez (čierna línia) a s (oranžová prerušovaná čiara) úspešnou modifikáciou rizikových a protektívnych faktorov s dopadom na intenzitu demencie: prirodzený priebeh (zelená krivka) versus výsledky optimálne načasovaných preventívnych stratégií primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie (modrá prerušovaná krivka). Deti a adolescenti sú cieľovou skupinou

pre oblasť vzdelávania. Začiatok strednej fázy života sa nevyhnutne spája s optimálnym manažmentom potenciálnych rizikových faktorov. Potreba udržania zdravia mozgu a predchádzanie kognitívnemu úpadku sú cieľom preventívnych stratégií, ktoré sú žiaduce v priebehu stredného veku (Mistridis et al., 2017).



**Obr. 5** Hypotetický model neurodegeneratívnych ochorení v priebehu života (Mistridis et al., 2017).

Výskumu viacnásobných rizikových faktorov demencií rôznej etiológie sa v posledných rokoch venujú aj tri rozsiahle Európske preventívne intervenčné štúdie: FINGER, MAPT (Graf 1) a PreDIVA (Montero-Odasso et al., 2020).

**FINGER** (Fínska geriatrická intervenčná štúdia o prevencii kognitívneho poškodenia a disability), v ktorej u viac ako 1200 účastníkov testovala multimodálnu intervenciu (kognitívny tréning, cvičenie, výživa, monitoring vaskulárneho rizika) v porovnaní so všeobecným zdravotným poradenstvom. Účastníkmi štúdie boli osoby vo veku 60 až 77 rokov s vysokým rizikom demencie (z dôvodu veku, pohla-

via, vzdelania a iných rizikových faktorov) a ich kognitívna výkonnosť bola nepatrne nižšia ako úroveň očakávaná k ich veku. Intervencia bola bezpečná a mala pozitívne výsledky pre primárne výstupy: malý, ale priaznivý efekt na kognitívnu funkciu bol zaznamenaný už po dvoch rokoch (Ngandu et al., 2015).

**MAPT** (Multidoménový Alzheimerový preventívny experiment) nepreukázal významné účinky na epizodickú pamäť. Tento experiment bol navrhnutý ako prístup účinnosti samostatnej suplementácie omega-3 mastných kyselín, samostatnej multidoménovej intervencie (pozostávajúcej z výživového poraden-

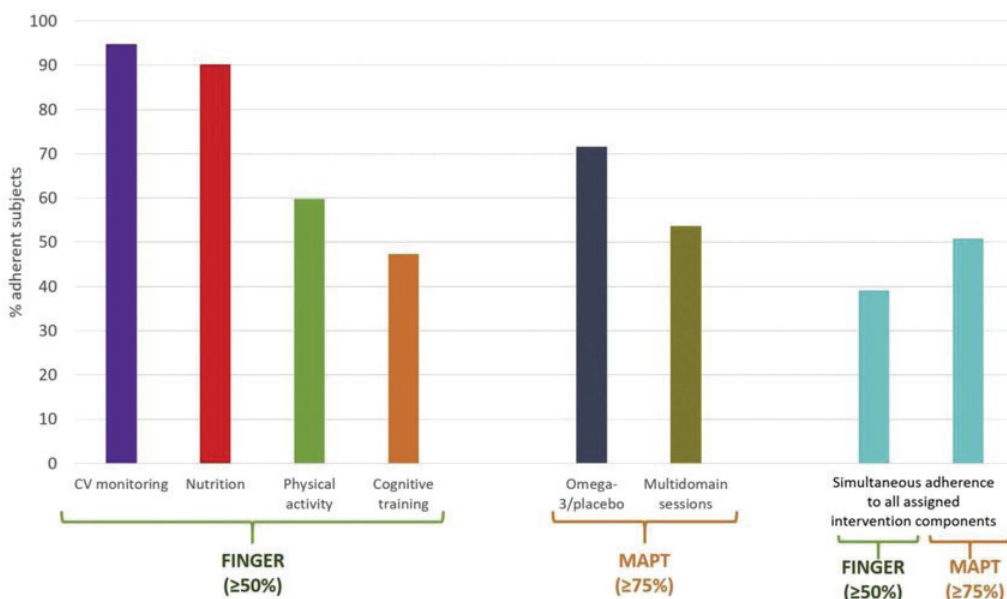


stva, fyzického cvičenia, kognitívnej stimulácie) alebo kombinácie týchto dvoch intervencií pre zmenu kognitívnych funkcií v období troch rokov (Andrieu et al., 2017). Možné príčiny dosiahnutia negatívneho výsledku mohli predstavovať vyšší vek (nad 70 rokov) a väčšia krehkosť účastníkov MAPT a menej dôsledné vykonávanie telesných cvičení v porovnaní s FINGER (Montero-Odasso et al., 2020).

Cieľom holandskej štúdie **PreDIVA** (Prevenencia demencie intenzívnou vasku-

lárnou starostlivosťou) bolo redukovať vaskulárne rizikové faktory v prevencii demencie v 6-ročnom multidoménovom randomizovanom kontrolovanom experimente (RCT) s celkovým počtom 3 526 účastníkov vo veku 70 až 78 rokov v rámci všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Monitorované boli fajčenie, výživa, fyzická aktivita, hmotnosť a tlak krvi a súčasne bolo zdravotnou sestrou poskytované individuálne poradenstvo podľa protokolu, podporené motivačným interview (van Charante et al., 2016).

**Graf 1** Miera adherencie - podiel jedincov, ktorí dokončili vopred definovanú úroveň adherencie v každej štúdii - 50 % pre FINGER, 75 % pre MAPT (Coley et al., 2019).



Napriek významnému prínosu týchto štúdií sú súčasné dôkazy relatívne obmedzené a mnohé otázky zostávajú nezodpovedané - napríklad, ktorí jedinci budú s najväčšou pravdepodobnosťou trpieť demenciou, alebo kto by mal z intervencií najväčší úžitok, ako aj to, ako dlho je potrebné tieto intervencie vykonávať s cieľom ovplyvniť niektorý z rizikových faktorov? A preto súčasne dochádza „k posunu“ od primárnej prevencie a k nazeraniu na liečbu „ako na prevenciu“ (Montero-Odasso et al., 2020). V tejto súvislosti sa v posledných rokoch ďalšími dôležitými preventívnymi nástrojmi stávajú: preventívny kognitívny skrining, sociálne predpisovanie (sekundárna prevencia) a komplexné geriatrické hodnotenie (terciárna prevencia).

**Preventívny kognitívny skrining** je vhodný pre tieto cieľové skupiny:

a) seniori ( $\geq 65$  rokov) so zvýšeným kardiometabolickým rizikom, hypertenziou, viscerálnou obezitou, sarkopenickou obezitou, prediabetom alebo diabetom 2. typu; osoby vo veku 50 až 65 rokov s vyšším kardiometabolickým rizikom v kombinácii s pozitívnou rodinnou anamnézou demencie; seniori s pozitívnou rodinnou anamnézou demencie; seniori s depresiou a/alebo so syndrómom krehkosti;

b) pacienti v preklinickom (subjektívna kognitívna porucha), prodromálnom (mierna

kognitívna porucha), včasnom a mierne pokročilom štádiu demencie.

Neuro-psychologické vyšetrenie zamerané na včasnú diagnostiku zahŕňa: klinické neurologické vyšetrenie; základné psychometrické testovanie (MoCA test, MMSE); podrobné psychologické vyšetrenie kognitívnych funkcií (batéria psychometrických testov); zobrazovacie vyšetrenie (MRI); laboratórnu diagnostiku; vyšetrenie mozgovo-miechového moku; pokročilé zobrazovacie metodiky a ďalšie vyšetrenie (amyloidové PET) (Ukropcová et al., 2021).

**Sociálne predpisovanie** predstavuje spôsob, ako adresne pomôcť pacientovi so zameraním sa na jeho potreby. Spočíva v prepojení pacienta a dostupných zdravotno-sociálnych služieb v komunite (vrátane služieb v oblasti duševného zdravia, sociálnej inklúzie, financovania, bývania, ako aj podpory fyzickej aktivity a kreatívneho sebaujadrenia sa). Dostupné štúdie naznačujú, že sociálne predpisovanie sa stáva relevantnou, finančne efektívnou a potenciálne transformačnou cestou podpory kvality života ľudí žijúcich s demenciou (WHO, 2022). Jednou z najpresvedčivejších štúdií je systematický prehľad systematických prehľadov, ktorý dospel k záveru, že hudba je účinnejšou nefarmakologickou intervenciou ako iné terapie (Obr. 6). Zo všetkých skúmaných intervencií sa len muzikoterapia a tech-

níky manažmentu správania ukázali ako významné z hľadiska ich účinnosti pri znižovaní behaviorálnych a psychologických symptómov demencie (BPSD) v porovnaní s inými intervenciami (Abraha et al., 2017). van der Steen et al. (2018) analyzujúce 22 štúdií zistilo, že liečba založená na hudbe zlepšuje symptómy depresie a celkové problémy so správaním a môže tiež zmierniť úzkosť a zlepšiť emocionálnu pohodu vrátane kvality života. Existujú aj ďalšie dôkazy, ktoré naznačujú, že hudba pôsobí ako modifikovateľný protektívny faktor proti rozvoju demencie, prispieva k zlepšeniu všeobecnej kognície, pozornosti a výkonných funkcií ako napr. emocionálnej sebaregulácie, k zlepšeniu autobiografickej pamäte a v neposlednom rade je nákladovo veľmi efektívna.

### **Komplexné geriatrické hodnotenie (CGA)**

je interdisciplinárny a multidimenzionálny proces, ktorý sa používa pri ma-

nažmente osôb vo vyššom veku a zohľadňuje lekárske diagnózy, funkčné poruchy, environmentálne a sociálne problémy, ktoré ovplyvňujú celkovú pohodu pacienta. Poskytuje integrovaný plán liečby, rehabilitácie (vrátane sociálnej rehabilitácie), podpory a dlhodobej starostlivosti. Zvyčajne sa realizuje na geriatrických oddeleniach. Literatúra však popisuje aj komunitné CGA, realizované v zariadeniach dlhodobej starostlivosti alebo v domácom prostredí. Väčšina štúdií uvádza, že základný tím CGA tvorí: lekár (lekárska starostlivosť nie nevyhnutne zabezpečovaná geriatrom), sestra (ošetrovateľská starostlivosť), fyzioterapeut (mobilita), sociálny pracovník (sociálna starostlivosť, sociálna opora, psychosociálne intervencie) a opatrovatel' (opatrovateľské úkony). Dôležitou súčasťou je člen tímu, ktorý je zodpovedný za koordináciu rôznych intervencií realizovaných viacerými profesionálmi (Welsh et al., 2014).



# DLHODOBÁ STAROSTLIVOSŤ O OSOBY S DEMENCIOU V PODMIENKACH SR

Dlhodobá starostlivosť (LTC) predstavuje súbor služieb zahŕňajúcich *lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť* (lekárska diagnostika, preväzovanie rán, podávanie liekov, zdravotné poradenstvo), *služby osobnej starostlivosti* (pomoc pri úkonoch sebaobsluhy) a *asistenčné služby* (pomoc pri úkonoch starostlivosti o domácnosť), ktorých primárnym cieľom je zmierniť trápenie, resp. zvládnuť zhoršenie zdravotného stavu. Prístup k službám dlhodobej starostlivosti patrí k základným právam zahrnutým v hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach uznávaných v rámci Všeobecnej deklarácie ľudských práv.

Dlhodobá starostlivosť v domácom prostredí môže mať charakter neformálnej starostlivosti, kedy sa poskytovateľom pomoci stáva blízka osoba a/alebo formálnej starostlivosti, ktorá sa vykonáva cez odborných pracovníkov. V prípade, že sociálna situácia resp. zdravotný stav človeka sú natoľko vážne, že už nemôže zostať žiť vo svojom domácom prostredí, môže mu byť poskytnutá inštitucionálna starostlivosť. Život v domácom prostredí predchádza sociálnej izolácii, pretože

samota vedie k progresii demencie. Mnohé krajiny preto podporujú **dlhodobú komunitnú starostlivosť** postavenú na koordinácii starostlivosti po stanovení diagnózy, terénnych, ambulantných sociálnych službách a prostrediach priateľských voči demencii (OECD, 2018).

Na Slovensku sa v súčasných legislatívnych podmienkach na dlhodobej starostlivosti o osoby žijúce s demenciou podieľajú najmä:

- **Primárni neformálni opatrovatelia** najčastejšie príbuzní alebo priatelia v dôchodkovom veku opatrujúci osoby s demenciou 24 hodín denne, 7 dní v týždni bez finančnej podpory alebo s finančnou podporou (ako poberatelia peňažného príspevku na opatrovanie podľa Zákona NR SR č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia v aktuálnom znení);
- **Sekundárni neformálni opatrovatelia** najčastejšie príbuzní alebo priatelia v produktívnom veku, ktorí sú zamestnaní sa podieľajú na opatrovaní osoby s demenciou a súčasne využívajú dostupné terénne a ambulantné služby zdravotnej starostlivosti (napr. ADOS) a sociálne služby (napr. domáca opatrovateľská služba, špecializované zariadenie v ambulantej forme, prepravná služba);

■ **Formálni poskytovatelia starostlivosti** odborní pracovníci (opatrovatelia, sestry, sociálni pracovníci, lekári, psychológovia, atď.) vybraných zdravotníckych zariadení (napr. ADOS, liečebňa pre dlhodobo chorých) a zariadení sociálnych služieb (napr. špecializované zariadenia, domovy sociálnych služieb a zariadenia pre seniorov).

Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) sú demencie zaradené medzi *organické duševné poruchy vrátane symptomatických* (dg. F00.0 – F09). Na základe dostupných štatistických údajov spracovaných Národným centrom zdravotníckych informácií v SR (NCZI, 2022) bola v roku 2021 **psychická porucha diagnostikovaná prvýkrát v živote 63 083 osobám** (116,1 osôb/10 000 obyvateľov). Novodiagnostikovaní pacienti boli najčastejšie liečení pre neurotické, stresom podmienené a somatoformné poruchy (dg. F40.0 – F48.9) s počtom 18 442 pacientov (33,9 osôb/10 000 obyvateľov), **organické duševné poruchy vrátane symptomatických (dg. F00.0 – F09) s počtom 15 331 pacientov (28,2 osôb/10 000)** a afektívne poruchy (dg. F30.0 – F39) s počtom 11 627 pacientov (21,4 osôb/10 000 obyvateľov).

Psychiatrickí pacienti, ktorí sú dlhodobo odkázaní na pomoc inej osoby, sú častejšie umiestňovaní v zariadeniach

sociálnych služieb, ako v iných pre nich vhodnejších typoch zariadení. **V pobytových zariadeniach sociálnych služieb sa pritom nachádza nadmerný podiel prijímateľov dlhodobej starostlivosti (28 % všetkých prijímateľov), z toho vyše 26 % užíva antipsychotickú psychofarmakologickú liečbu, 21 % trpí demenciou a užíva psychofarmakologickú liečbu a 18 % užíva antidepresíva (Vláda SR, 2021).**

K 31. 12. 2020 bolo v SR 5 459 781 obyvateľov, z toho 53 494 (0,98 %) boli prijímateľmi vybraných druhov sociálnych služieb. Tie im boli poskytované v zariadeniach sociálnych služieb zriadených obcou, vyšším územným celkom alebo neverejným poskytovateľom, najmä v 1 185 zariadeniach podmienených odkázanosťou na pomoc inej osoby (OPIO). Z toho **najvyššia absolútna celková kapacita pripadala na zariadenia pre seniorov (19 201), domovy sociálnych služieb (12 345) a špecializované zariadenia (8 365)**. K 31. 12. 2020 z celkovej kapacity 8 365 klientov špecializovaných zariadení pripadalo 8 028 na celoročnú, 43 na týždennú a 294 na ambulantnú formu. Zo všetkých 53 494 prijímateľov sociálnych služieb v zariadeniach OPIO bolo spolu **12 029 ľudí s demenciou a užívajúcich neuroleptiká**. V ďalšom roku 2021 bolo celkovo 8 525 fyzických osôb - žiadateľov o zabezpečenie poskytovania sociálnych služieb v zariadeniach OPIO. Celkový

počet žiadateľov však oproti roku 2020 klesol, čo bolo pravdepodobne spôsobené najmä pandémiou COVID-19. V roku 2021 bola domáca opatrovateľská služba poskytovaná spolu 14 678 prijímateľom a peňažný príspevok na opatrovanie bol poskytovaný priemerne mesačne 62 917 fyzickým osobám (opatrovateľom) opatrujúcim fyzické osoby s ťažkým zdravotným postihnutím (MPSVaR SR, 2022).

**Vyššie uvedené dostupné dáta poskytujú len veľmi „hmlistý obraz“ o skutočnom počte pacientov s demenciou ako aj o dostupnosti sociálno-zdravotných služieb pre osoby žijúce s demenciou v SR.** Nedostatok lekárov v rámci špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (geriatri, neurológovia, psychiatri), nedostatok psychosociálnych centier, personálna poddimenzovanosť psychiatrických stacionárov, nedostatok ambulantných a pobytových špecializovaných zariadení pre osoby žijúce s demenciou sa významne podieľajú

na neskorej diagnostike, rýchlej progresii, zvyšujúcej sa záťaži a zhoršujúcej sa kvalite života osôb s demenciou ako aj ich neformálnych opatrovateľov.

Skutočne zlepšiť kvalitu života osôb žijúcich s demenciou však nie je možné, ak od základov nezmeníme pohľad na toto ochorenie. Na to, že aj poskytovatelia starostlivosti s tými najlepšimi úmyslami môžu vytvárať škodlivé sociálne interakcie, ktoré osobám s demenciou vážne ubližujú, upozornil ako prvý Kitwood (1997). Navrhol typológiu, v ktorej identifikoval sedemnást typov konania/správania, ktoré majú aplikčný potenciál pri transformácii inštitúcií a vzťahov medzi osobami s demenciou a ich opatrovateľmi (Tab. 2).

Z nástrojov, ktoré by mohli v nasledujúcich rokoch prispieť k zlepšeniu dlhodobej starostlivosti o osoby žijúce s demenciou na Slovensku, sme identifikovali najmä nasledovné:

- **Plán obnovy a odolnosti SR - KOMPONENT 12: Humánna, moderná a dostupná starostlivosť o duševné zdravie** a KOMPONENT 13: **Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť** (Vláda SR);
- **Stratégia dlhodobej starostlivosti v SR** vypracovaná ako spoločný východiskový dokument MPSVaR SR a MZ SR pre implementáciu integrovanej sociálno-zdravotnej dlhodobej starostlivosti (naposledy aktualizovaná v 2021);

- **Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria** vydaná pod č. 48 vo Vestníku MZ SR (2021, čiastka 31-35, s. 158-168);
- **Štandardný preventívny postup MZ SR** vydaný ako odborné usmernenie, ktoré popisuje diagnostiku a intervencie zamerané na modifikovateľné faktory životného štýlu (pohybové, kognitívne, výživové) u jedincov s vysokým rizikom demencie, u seniorov so subjektívnym a miernym kognitívnym deficitom a pacientov vo včasných štádiách demencie (Ukropcová a kol., 2021);
- **Štandardné diagnostické postupy MZ SR** vypracované pre starostlivosť o pacientov s demenciami pri Alzheimerovej chorobe, s vaskulárnymi demenciami a demenciami u chorôb klasifikovaných inde - v odboroch **psychiatria** (Kráľová a kol., 2020); **ošetrovatelstvo** (Hrindová, Fabiánová, 2020); **klinická psychológia** (Grossman, Šlepecký, Šišilová, 2021) a **liečebná pedagogika** (Čunderlíková a kol., 2021).



**Tab. 2** Typy správania podľa Kitwood (1997), ktoré mali nepriaznivý dopad na subjektívnu pohodu osôb s demenciou (OsD), a tým aj na ich kognitívne a emocionálne zdravie (Plichtová, Šestáková, 2021).

Anglický termín	Slovenský ekvivalent	Popis
1. Treachery	<b>Vnucovanie vôle - manipulácia</b>	Manipulácia s cieľom dosiahnuť poslušnosť, podriadenie sa osoby s demenciou (OsD)
2. Disempowerment	<b>Znemožňovanie aktérstva a autonómie</b>	Znemožniť OsD vykonávať úkony, ktoré stále zvláda alebo neposkytnúť jej potrebnú pomoc, aby ich mohla zvládať
3. Infantilization	<b>Infantilizácia</b>	Správanie sa k OsD ako k dieťaťu, paternalistický prístup zo strany opatrujúcej osoby
4. Labelling	<b>Nálepkovanie</b>	Diagnózou demencie sa vysvetľujú všetky prejavy a správanie OsD
5. Stigmatization	<b>Stigmatizácia</b>	Zaobchádzanie s OsD ako s menejcennou bytosťou
6. Outpacing	<b>Predbiehanie</b>	Neprispôsobenie sa tempu reči OsD, poskytovanie informácií rýchlosťou, ktorú nie je schopná spracovať
7. Invalidation	<b>Znehodnocovanie</b>	Neuznanie skúseností OsD
8. Banishment	<b>Vyhostenie</b>	Fyzické alebo psychologické vyhostenie OsD zo spoločnosti, komunity
9. Objectification	<b>Spredmetňovanie</b>	Zaobchádzanie s OsD ako s predmetom, napríklad za účelom osobnej hygieny
10. Ignorance	<b>Prehliadanie</b>	O OsD sa hovorí v jej prítomnosti ako keby tam nebola
11. Imposition	<b>Donucovanie</b>	Donútenie OsD k niečomu, čo je proti jej vôli
12. Withholding	<b>Odmietanie</b>	Odmietanie uznať a odpovedať na potreby OsD, odopieranie potrieb
13. Blaming	<b>Obviňovanie</b>	OsD je kladené za vinu, ak nie je schopná niečo urobiť alebo ak nerozumie situácii
14. Mockery	<b>Zosmiešňovanie</b>	Nevhodné vtipy, poznámky na účet OsD
15. Disparagement	<b>Znevažovanie</b>	Podrývanie úcty voči OsD
16. Disruption	<b>Prerušovanie</b>	Neočakávané prerušenie reči a konania OsD, čo ju zmätie a zhorší jej orientáciu v danej situácii
17. Intimidation	<b>Zastrašovanie</b>	Zastrašovanie OsD s použitím hrozieb alebo fyzickej sily

S viacerými vyššie uvedenými škodlivými sociálnymi interakciami sa stretávame aj v našich podmienkach. V klinickej praxi nie je zriedkavosťou, že lekár sa rozpráva s príbuzným v prítomnosti osoby s demenciou, akoby tam nebola. Osoby s demenciou bývajú považované za menej schopné a citlivé, než v skutočnosti sú. Často sa tiež stáva, že potreby osôb s demenciou nie sú uznané a rešpektované a prejavy, ktorými sa voči ignorovaniu potrieb a necitlivému zaobchádzaniu sami bránia, sa automaticky považujú za symptómy ochorenia (Plichtová, Šestáková, 2021).

Na druhej strane, samotní všeobecní lekári sú si vedomí významu tejto problematiky v praxi a ich nezastupiteľnej úlohy v manažmente demencií. **V profesionálnom prístupe je vhodné uplatňovať špecifické zásady komunikácie s pacientom s demenciou**, ktoré *Národní rada osob so zdravotným postihením v ČR* zhrnula do nasledovných desiatich odporúčaní (2006):

1. Obmedziť rušivé a rozptyľujúce vplyvy prostredia (napr. rádio), ubezpečiť sa, či pacient dobre počuje, či používa a má správne nastavený načúvací prístroj a či netrpí afáziou.
2. Povzbudzovať pacienta s vlúdny **záujmom**, usilovať sa o pokojné správanie, pozitívny výraz, obmedziť

prudké pohyby a chôdzu, zostávať v zornom poli pacienta.

3. Hovoriť zrozumiteľne, pomaly a v krátkych vetách.
4. Vyhybať sa odborným výrazom, žargónu, frázam, ironii. Používať primerané a pacientovi známe výrazy.
5. Používať priame pomenovania, vyhýbať sa zámenám a pokiaľ je to možné, na predmety, osoby, časti tela, o ktorých hovoríme, ukazovať. Ak pacient niečo správne neporozumel, použiť inú formuláciu a neopakovať rovnaké slová.
6. Aktívne nadviazať a udržiavať očný kontakt, priebežne si overiť, či pacient správne porozumel informáciám, dôležité údaje si zapísať na papier. K získaniu pozornosti či upokojeniu používať dotyk.
7. Využívať neverbálnu komunikáciu, tieto prejavy sledovať a umožňovať ich aj pacientovi. Byť vnímavý k prejavom úzkosti, strachu, depresie, bolesti.
8. Dať zreteľne najavo, či odchádzame len na chvíľku, alebo či konzultácia skončila.
9. Pacienta nepodceňovať, komunikáciu neobmedzovať, ale prispôbovať jeho schopnostiam. Pacientov informovať o povahe a dôvode vyšetrenia či liečebného výkonu, počas vyšetre-

nia s nimi komunikovať, upokojuvať ich, postupy komentovať.

10. Aktívne chrániť dôstojnosť ľudí trpiacich syndrómom demencie, zabraňovať ich ponížovaniu, posilňovať ich autonómiu a možnosť rozhodovať o sebe.

Aj napriek všeobecne pretrvávajúcemu dominantnému postaveniu biomedicínskeho modelu, viacerí odborníci považujú tento model za konceptuálne aj empiricky prekonaný a nedostatočný pre zabezpečenie dostupnej a efektívnej

liečby ako aj kvalitnej starostlivosti osobám s demenciou. Prístupy založené na skúsenostiach pritom nepopierajú biologický základ ochorenia (neuropatologické procesy v mozgu), avšak zdôrazňujú, že skúsenosť každej osoby je jedinečná a má byť v procese starostlivosti zohľadnená. Primárne sa zaoberajú otázkou, ako umožniť osobám s demenciou prežiť svoj život v čo najvyššej kvalite a v spoločnosti blízkych a priateľov, a to aj napriek kognitívnemu deficitu (Plichtová, Šestáková, 2021; Tab. 3).

**Tab. 3** Biomedicínsky vs. na skúsenostiach založený model demencie (Plichtová, Šestáková, 2021).

	<b>Biomedicínsky model</b>	<b>Na skúsenostiach založený model</b>
<b>Definícia demencie</b>	Progresívne, nezvratné, fatálne ochorenie	Zmena v spôsobe vnímania a prežívania okolitého sveta
<b>Pohľad na mozgové procesy</b>	Strata neurónov a kognície	Plasticita mozgu, učenie je stále možné
<b>Pohľad na demenciu</b>	Tragická, „drahá“, záťaž	Potenciál pre pokračovanie kvalitného života a rastu
<b>Výskumné ciele</b>	Zameranie na prevenciu a hľadanie lieku	Hľadanie spôsobov, ako OsD zlepšiť kvalitu života
<b>Usporiadanie prostredia</b>	Ochrana a bezpečnosť, znemožnenie aktivity	Podpora osobnej pohody a autonómie
<b>Atribúty prostredia</b>	Prostredie segregované pre OsD	Inkluzívne prostredie
<b>Zameranie starostlivosti</b>	Plánované aktivity a úlohy	Zapájanie do aktivít v kontexte vzťahov
<b>Úloha opatrovateľa</b>	Poskytovanie starostlivosti	Partnerstvo
<b>Pohľad na správanie osoby s demenciou</b>	Zmätené, bezcieľne, nezmyselné v dôsledku neuropatológie	Prejav potreby komunikácie, riešenia problému, či zvládania konkrétnej situácie
<b>Reakcia na správanie osoby s demenciou</b>	„Manažment“ správania, lieky, znehybnenie	Prehodnotenie starostlivosti; prostredie má odpovedať na potreby OsD

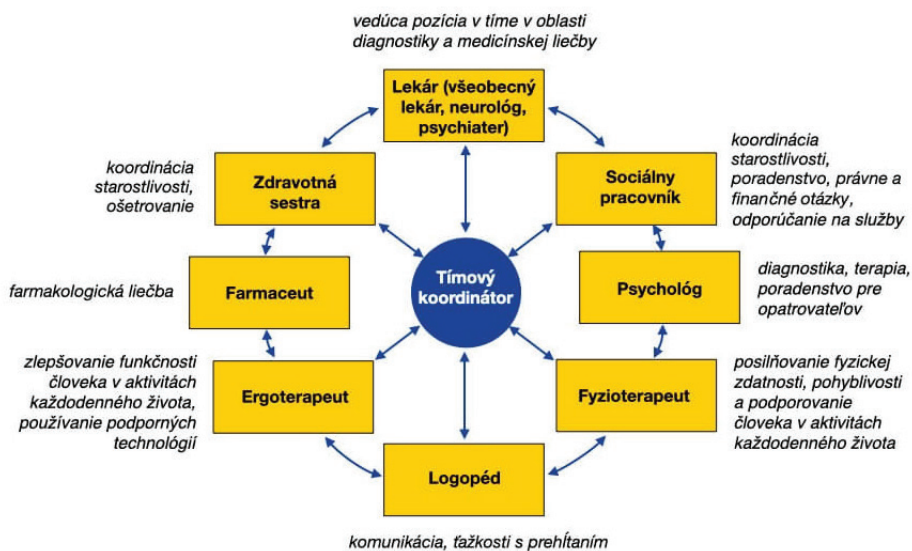
S kvalitou života úzko súvisí **napĺňanie potrieb**. Aj u ľudí s demenciou sú tieto potreby komplexné, individuálne a rozmanité, pričom sa s progresiou ochorenia a v čase menia. Potreby ľudí s demenciou môžu byť rozdelené do piatich základných oblastí: informácie, kontrola príznakov, aktivita a zapájanie sa (participácia), sociálne vzťahy, autonómia a nezávislosť (Obr. 7).



**Obr. 7** Základné oblasti potrieb človeka s demenciou (<https://centrummemory.sk/inovacie-pre-demenciu/connect/clovek-s-demenciou-v-centre-zaujmu>).

Napĺňanie potrieb a manažment liečby demencie je náročná úloha, ktorú nedokáže zvládnuť jeden odborný pracovník alebo skupina odborníkov rovnakého profesionálneho zamerania. Na zabezpečenie komplexnej **na osobu zameranej starostlivosti (person-centred care)** je potrebný **multidisciplinárny tím**. Multidisciplinárny tím je skupina úzko spolupracujúcich odborných pracovníkov, ktorí pravidelne navzájom komunikujú za účelom optimalizácie starostlivosti.

Je dôležité, aby sa väčšina členov tímu podieľala na starostlivosti počas celého priebehu choroby, aj keď aktivity niektorých odborníkov je vhodnejšie zaradiť v štádiu ľahkej a stredne ťažkej demencie. Každý člen tímu prispieva svojimi jedinečnými znalosťami, zručnosťami a skúsenosťami, má jasne vymedzené povinnosti (Obr. 8,9). Vzájomná spolupráca by mala byť riadená a koordinovaná prostredníctvom **jednotného plánu starostlivosti** (Tab. 4).



**Obr. 8** Model spolupráce členov multidisciplinárneho tímu  
 (<https://centrummemory.sk/inovacie-pre-demenciu/connect/multidisciplinarna-spolupraca>).

Lahký stupeň demencie	Stredne ťažký stupeň demencie	Ťažký stupeň demencie
Všeobecný lekár, praktický lekár		
Zdravotná sestra, zdravotnícky asistent		
Špecialista (neurológ, psychiater, geriater)		
Sociálny pracovník		
Logopéd		
Farmaceut		
Fyzioterapeut		
Ergoterapeut, liečebný pedagóg		
Psychológ, neuropsychológ		

**Obr. 9** Multidisciplinárny tím odborníkov zapojených do starostlivosti o osobu s demenciou  
 (<https://centrummemory.sk/inovacie-pre-demenciu/connect/prehľad-multidisciplinarného-manazmentu#preco-je-doležitý-multidisciplinárny-manazment-demencie>).

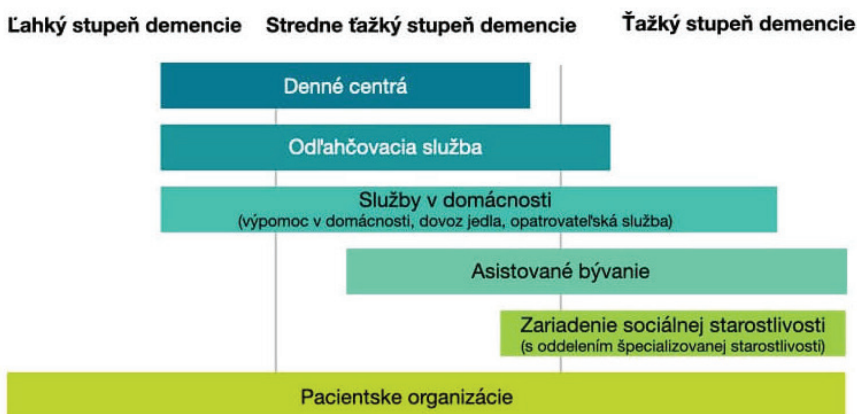
**Tab. 4** Základné prvky jednotného plánu starostlivosti o osobu s demenciou.

(<https://centrummemory.sk/inovacie-pre-demenciu/connect/planovany-a-proaktivny-manazment>)

	Prvok	Popis
<b>D</b>	Diagnostic review <b>Prehodnotenie diagnózy</b>	Skontrolovať, či je stanovená diagnóza správna a či jej osoba s demenciou a jej rodina / opatrovatelia rozumejú.
<b>E</b>	Effective carer support <b>Efektívna podpora pre opatrovateľov</b>	Identifikovať opatrovateľa/ov; poskytnúť všetky potrebné informácie, právne a finančné poradenstvo, ponúknuť účasť na výskume.
<b>M</b>	Medication review <b>Prehodnotenie medicácie</b>	Skontrolovať, či nedochádza k polyfarmácii, minimalizovať užívanie liekov, ktoré majú negatívny vplyv na kogníciu, vysadiť všetky lieky, ktorých užívanie nie je nutné.
<b>E</b>	Evaluation of risks <b>Zhodnotenie rizík</b>	Skontrolovať úroveň prežívaného stresu u opatrovateľa, komorbidity, problémové správanie, rizikové prvky z pros-tredia.
<b>N</b>	New symptoms inquiry <b>Identifikácia nových príznakov</b>	Zisťovať, či sa vyskytli nejaké nové príznaky.
<b>T</b>	Treatment <b>Liečba</b>	Implementácia a zhodnotenie farmakologických a nefar-makologických prístupov.
<b>I</b>	Individuality <b>Individualita</b>	Zabezpečiť, aby zostali zachované záujmy, záľuby, fungova-nie v spoločnosti a aktivity osoby s demenciou.
<b>A</b>	Advance care planning <b>Pokročilé plánovanie starostlivosti</b>	Povzbudzovať osobu s demenciou, aby stanovila, čo by sa malo diať, keď nebude schopná prijímať sama rozhodnu-tia; navrhnúť postupy v konečnej fáze života.

Voči meniacim sa potrebám ľudí s demenciou a ich neformálnych opatrovateľov by mal byť citlivo nastavený systém dostupných služieb. V štádiu ľahkej demencie potrebujú ľudia s demenciou a ich neformálni opatrovatelia také služby, ktoré ich čo najviac podporia pri udržiavaní bežného života a fungovaní v ich domácom prostredí. V štádiu stred-

ne ťažkej demencie je vhodná pomoc zo strany komunity, ktorá ďalšími terénnymi a ambulantnými službami podporí starostlivosť o človeka s demenciou poskytovanú v domácom prostredí. V pokročilom štádiu si rastúca miera odkázanosti na pomoci iných môže vyžadovať nahradenie domácej a komunitnej starostlivosti inštitucionálnymi službami (Obr. 10).



**Obr. 10** Služby a inštitúcie zapojené do starostlivosti o človeka s demenciou na kontinuu jednotlivých štádií ochorenia

(<https://centrummemory.sk/inovacie-pre-demenciu/connect/prehľad-sluzieb>).

V súčasnosti je v SR dostupných niekoľko foriem a druhov zdravotných a sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti pre osoby s demenciou. Z poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sú to najmä agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) a domy ošetrovateľskej starostlivosti (DOS). V rámci poskytovateľov sociálnych služieb je to predovšetkým domáca opatrovateľská služba, odlahčovací služba a špecializované zariadenia v ambulantnej alebo pobytovej forme. Sociálne služby sú poskytované na základe rozhodnutia o odkázanosti, ktoré vydáva príslušný orgán samosprávy (obec, VÚC). Posudok o odkázanosti určuje stupeň odkázanosti fyzickej osoby (FO) na pomoc inej FO (I. až VI. stupeň), zoznam úkonov, predpokladaný rozsah odkázanosti v hodinách (denne, týždenne, mesačne) a návrh druhu sociálnej služby. Celý postup pozostáva z dvoch krokov – proces posúdenia odkázanosti

na sociálnu službu a proces zabezpečenia sociálnej služby.

### Informačný systém sociálnych služieb

(<https://sos.mpsvr.gov.sk/pm/?page=5&searchB=>) poskytuje základné informácie o všetkých registrovaných poskytovateľoch sociálnych služieb (MPSVaR SR). Jeho súčasťou je aj sprievodca na vyhľadanie pomoci (<https://sos.mpsvr.gov.sk/pm/sprievodca>).

Prvým národným portálom pri hľadaní najvhodnejšej dostupnej služby v situáciách bezvládnosti je **Portál MALINA**, (<https://app.portalmalina.sk>), ktorého cieľom je predísť situáciám bezradnosti, zhoršenia stavu v dôsledku neskorého zabezpečenia potrebnej služby. Tento portál poskytuje aj rôzne poradenské videá a materiály pre podporu neformálnych opatrovateľov aj odborných pracovníkov.



# Záťaž opatrovateľov poskytujúcich starostlivosť osobám s demenciou

## 2 kapitola



## KONCEPT OPATROVATEĽSKEJ ZÁŤAŽE

Demencia predstavuje záťaž nielen pre tých, ktorí ňou trpia, ale aj pre tých, ktorí im poskytujú pomoc. Koncept záťaže, súvisiacej so starostlivosťou o človeka s chronickou chorobou, zdravotným postihnutím alebo vo vyššom veku, prvýkrát navrhli *Hoenig a Hamilton* (1966), ktorí ju rozdelili na subjektívnu a objektívnu. Subjektívna záťaž zahŕňa predovšetkým osobné pocity opatrovateľov vyvolané pri opatrovaní, kým objektívna záťaž je definovaná ako udalosti alebo činnosti súvisiace s negatívnymi skúsenosťami s opatrovaním.

*Zarit, Reever a Bach-Peterson* (1980) vymedzili záťaž ako „*rozsah, v akom opatrovatelia vnímali svoje emocionálne, fyzické zdravie, sociálny život a finančný stav ako výsledok starostlivosti o svojho príbuzného*“ a zároveň sa domnievali, že táto záťaž vyplýva z konkrétneho, neobjektívneho, interpretačného procesu.

*Collins, Given a Given* (1994) navrhli, že záťaž opatrovateľa sa týka psychickej bolesti, fyzických zdravotných problémov, finančného a sociálneho napätia, narušených rodinných vzťahov, pocitu beznádeje a ďalších negatívnych výsledkov opatrovateľských úloh. *Nijboer et al.* (1999)

tvrdili, že záťaž opatrovateľa je viacrozmer-  
ný koncept, ktorý zahŕňa optimistické aj pesimistické aspekty poskytovania starostlivosti. Doterajšie zistenia podporujú názor, že **opatrovateľská záťaž je zložitý koncept kvôli svojej viacrozmernej konštrukcii** (Liu et al., 2020).

Vo výskume je najčastejšie používaným synonymom vyjadrujúcim opatrovateľskú záťaž pojem **stres**. Subjektívny stres sa vzťahuje na emocionálne alebo kognitívne reakcie opatrovateľa, ako je únava, nerovnosť alebo vnímanie aktuálneho stavu opatrovania. Objektívny stres odráža najmä zodpovednosť, ktorú na seba preberá opatrovateľ podľa potrieb opatrovaného (Liu et al., 2020). V psychologickom poňatí predstavuje stres situáciu, ktorá je nad psychické sily človeka, a preto ju ťažko zvláda, prípadne nezvláda. „Stres je výsledkom interakcie medzi určitou silou pôsobiaceou na človeka a schopnosťou organizmu odolať tomuto tlaku“ (Selye in Křivohlavý, 1994, s. 10). Po neúspešnej obrannej reakcii nastáva únava a často prichádza depresia spojená s pocitom beznádeje a bezmocnosti. Ak sa človek nevzdá, akútny stres zvyšuje jeho aktivitu. Pri dlhodobom strese dochádza k vyčerpanosti, strate kontroly nad situáciou, k beznádeji a psychosomatickej poruche zdravia tým, že sa znižuje funkčnosť imunitného systému (Vymětal, 2003). Napriek skutočnosti, že

starostlivosť o ľudí s demenciou je oveľa stresujúcejšia v porovnaní s opatrovaním ľudí so zdravotným postihnutím, negatívne dôsledky tejto starostlivosti sú stále prehladané. Z tohto dôvodu sú najmä **neformálni opatrovatelia osôb s demenciou** často označovaní ako „**druhí neviditeľní pacienti**“ (Brodaty, Donkin, 2009).

Záťaž je výzvou, ktorej čelia neformálni aj formálni opatrovatelia, aj keď príčiny tohto stavu sú u nich odlišné. Neformálni opatrovatelia sa zvyčajne dobrovoľne rozhodnú pre starostlivosť o svojho blízkeho. Popri pozitívnych aspektoch opatrovania, akými sú napríklad pocit potrebnosti, hrdosti a naplnenia, vidia v tom príležitosť naučiť sa novým zručnostiam, zlepšiť vzťah, prežívajú emočnú blízkosť, prehĺbenie intimity (Grossman, Gruenewald, 2017). Zároveň sú však častejšie vystavení negatívnym dôsledkom opatrovania – riziko stresu, záťaže, depresie a širokej škály zdravotných komplikácií je u nich závažnejšie. Značnej časti osôb žijúcich s demenciou je starostlivosť poskytovaná v domácom prostredí a/alebo v rôznych inštitucionálnych zariadeniach. Odborní pracovníci pracujúci v týchto prostrediach sú tiež vystavení značnému tlaku. Pracovný stres a dlhodobá záťaž zvyšujú riziko vysokej fluktuácie, nízkej morálky, či zvýšenej práceneschopnosti, čo vedie k nedostatku personálu a vážne pôsobí proti kvalitnej starostlivosti.

Podľa zahraničnej literatúry sa záťaž „tradične“ hodnotí najmä u neformálnych opatrovateľov osôb s demenciou s cieľom poskytnúť im vhodnú oporu a vhodné intervenčné programy. Ak však vezmeme do úvahy dnešné vysoké očakávania kladené na formálnych opatrovateľov (odborných pracovníkov) v súvislosti so „starostlivosťou zameranou na človeka“ a schopnosťami porozumieť potrebám osôb s demenciou nad rámec bežnej fyzickej starostlivosti, potom starostlivosť o multidisciplinárny tím sa javí ako rovnako dôležitá oblasť. Aj keď teda existujú zásadné rozdiely, tieto dve formy opatrovania môžu byť porovnateľné (Auer et al., 2015).

Dlhodobá starostlivosť poskytovaná ľuďom s demenciou je výzvou hlavne v oblasti emočnej a sociálnej pohody, zdravia a zamestnania (Alzheimer´s Association, 2017). Na základe zistení z rôznych štúdií (de Oliveira et al., 2015; Yu et al., 2015; Gilhooly et al., 2016; Chen, 2016; Kim et al., 2018; Pillemer et al., 2018; Evans et al., 2019; Quinn et al., 2019) boli identifikované nasledovné **faktory záťaže opatrovateľa osoby s demenciou**:

## 1 *Primárne stresory – charakteristiky osoby s demenciou (príjemca starostlivosti)*

- a) **Fyzické príznaky** - napríklad inkontinencia, strata hmotnosti, malabsorpcia, trofické zmeny a strata svalovej hmoty, motorické a extrapyramídové symptómy.
- b) **Funkčné obmedzenia** - napríklad **ťažkosti so zložitými činnosťami**, ako je šoférovanie, domáce práce, sebaobsluha pri každodenných činnostiach (stravovanie, hygiena) a komunikácia.
- c) **Symptómy kognitívnej dysfunkcie** - napríklad problémy s pamäťou, najmä so zapamätaním si nedávnych udalostí, znížená koncentrácia.
- d) **Behaviorálne a psychologické symptómy**, ako sú bludy, halucinácie, rečové a jazykové ťažkosti, depresia, nespavosť, úzkosť, fyzická agresia, nepokoj, agitovanosť, sociálne nevhodné správanie, sexuálne dezinhibované správanie alebo hypersexualita, túlanie sa, plač, apatia, opakované otázky, alebo prenasledovanie.

## 2 *Sociodemografické faktory opatrovateľa osoby s demenciou*

- a) **Pohlavie - záťaž súvisiaca so starostlivosťou je väčšia u žien.**
- b) **Vek** - vyššia miera záťaže pri starostlivosti je prítomná u opatrovateľov vo vyššom veku.

- c) **Finančná náročnosť** - nedostatočný príjem znižuje prístup k zdrojom, ktoré by mohli urobiť proces opatrovania lepšie zvládnuteľným.
- d) Úroveň **vztahu** k človeku s demenciou - byť manželom je spojené s vyššou mierou záťaže pri starostlivosti.
- e) **Čas súvisiaci s poskytovaním starostlivosti** - trvanie a frekvencia.
- f) **Fyzické zdravie - záťaž pri starostlivosti je väčšia u opatrovateľov so zlým fyzickým zdravím.**

## 3 *Psychologické a sociálne aspekty*

- a) **Osobnostné faktory opatrovateľov** - ako adekvátne zvládnutie vlastného života a okolností alebo sebaúčinnosť boli významne spojené s nižšou mierou záťaže opatrovateľa.
- b) **Skúsenosti s opatrovaním** - pozitívne skúsenosti môžu viesť napríklad ku zvýšeniu sebaúcty alebo zlepšeniu vzťahov a pomáhajú vyvážiť zdroje a požiadavky opatrovateľov.
- c) **Vnímaná sociálna opora** - vnímanie rozsahu a kvality opory, ktorú dostáva opatrovateľ od sociálnej siete.
- d) **Prijatá sociálna opora** – objektívna kvantifikácia pomoci a podporných prostriedkov, ktoré opatrovateľ dostáva zo svojej sociálnej siete.

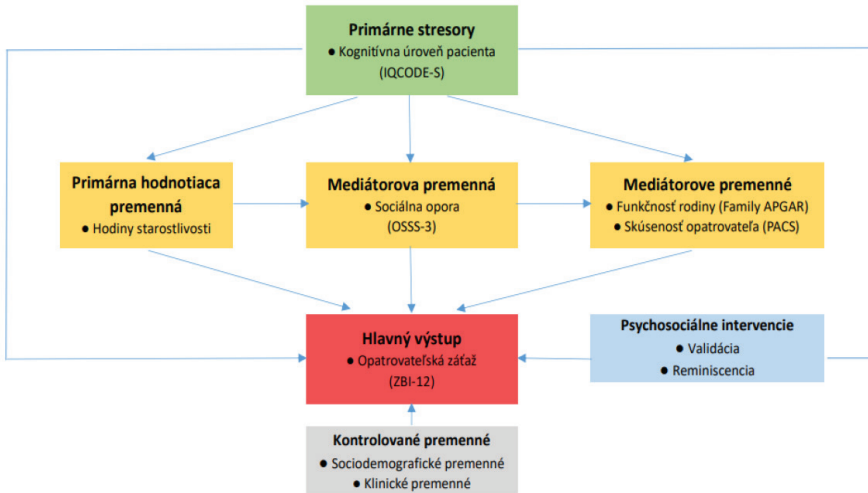
## MERANIE OPATROVATEĽSKEJ ZÁŤAŽE – RÁMEC APLIKOVANÝ V PROJEKTE

V rámci nami realizovanej výskumnej štúdie sme si vybrali metódu merania opatrovateľskej záťaže pomocou sebapodhodnotovacích škál. Pri výbere meracích nástrojov sme vychádzali z **koncepčného rámca podľa Yu et al. (2015)**. Ide o rámec vytvorený na základe koncepčných analýz podľa Chou (2000), modifikovaného koncepčného modelu hodnotenia stresu podľa Chappell a Reid (2002) a Európskeho konsenzu o výsledkoch výskumu pre psychosociálne intervencie v starostlivosti o demenciu na meranie účinnosti psychosociálnych intervencií (Moniz-Cook, 2008). Tento rámec sme pre potreby nášho výskumu rozšírili o psychosociálne intervencie (validácia, reminiscencia) a kontrolované premenné (sociodemografické a klinické premenné neformálneho opatrovateľa osoby s demenciou).

Pre meranie záťaže neformálnych opatrovateľov (výstupná premenná) vo vzťahu ku kognitívnym funkciám opatrovanej osoby (primárny stresor), k hodinám starostlivosti (primárna hodnotiacia premenná), sociálnej opore, funkčnosti rodiny a vnímaniu opatrovania (mediátorové

premenné) sme využili štandardizované meracie nástroje v slovenskej jazykovej mutácii. Využívanie komunikačných metód reminiscencie a validácie podľa N. Feil a skúsenosť s aktuálnym pandemickým ochorením COVID-19 sme zisťovali neštandardizovanými dotazníkmi. Ako kontrolované premenné sme zaradili socio-demografické a klinické premenné - hodnotené tiež pomocou štandardizovaných meracích nástrojov (Obr. 11).

Pri zostavovaní jednotlivých batérií sme vychádzali z niekoľkoročných skúseností členov riešiteľského tímu získaných pri realizácii predchádzajúcich výskumných projektov (napr. APVV-15-0719). Ďalšími zdrojmi boli publikácie o meracích nástrojoch, ktoré už boli použité a validované v slovenskej populácii (Hajdúk a kol., 2021; Nagyova et al., 2009) a tiež výstupy z medzinárodných výskumov realizovaných v danej problematike (Antomarini et al., 2016).



**Ob. 11** Aplikácia rámca vo výskume pre skupinu - neformálni opatrovatelia osôb s demenciou (Yu et al. 2015; Nemčíková, 2022).

## OPATROVATEĽSKÁ ZÁŤAŽ

### Zarit Burden Interview

**ZBI-12** (Bédard et al., 2001)

ZBI-12 je skrátaná 12-položková verzia pôvodného ZBI, ktorá môže byť použitá v prierezových, longitudinálnych a intervenčných štúdiách. Pôvodný ZBI (Zarit et al., 1980) bol vytvorený pre meranie subjektívnej záťaže medzi opatrovateľmi dospelých s demenciou. V súčasnosti patrí k špecifickým meracím nástrojom používaným pri širokom spektre opatrovateľov, vrátane tých, ktorí opatrujú osoby s chronickými zdravotnými problémami, s problémami duševného zdravia, rodičov detí so zdravotnými problémami alebo s behaviorálnymi a vývojovými problémami. Položky ZBI-12 majú priradenú

5-bodová Likertovu škálu, od 0 (nikdy) po 4 (takmer stále). Celkové skóre je výsledkom súčtu bodov všetkých položiek. Rozsah sumárneho skóre je od 0 do 48, pričom pri úprave na kategorickú premennú, sumárne skóre  $\geq 17$  znamená vysokú záťaž.

### Professional Care Team Burden Scale PCTB (Auer S, et al. 2015)

PCTB je škála, ktorá sa využíva ako skríningový a diagnostický nástroj na hodnotenie záťaže u odborných pracovníkov (formálnych opatrovateľov) v rôznych prostrediach pri tímovej formálnej starostlivosti. PCTB pozostáva z 10 položiek s odpoveďami na 5-bodovej stupnici 0 (vôbec nesúhlasím) po 4 (úplne súhlasím) a so sumárnym skóre v rozsahu od 0

do 40 bodov. Vyššie skóre znamená nižšiu mieru záťaže.

### **KOGNITÍVNA ÚROVEŇ A STAV DEZORIENTÁCIE OPATROVANEJ OSOBY VO VYŠŠOM VEKU**

#### **Short Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly IQCODE-S (Jorm, 1994)**

IQCODE (Jorm, Kortein, 1988) je určený pre skriningové testovanie demencie, najmä v prípadoch, keď nie je možné priame kognitívne testovanie z dôvodov nízkej úrovne vzdelania a gramotnosti, akútnej choroby alebo nedostatku záujmu. Krátka verzia the IQCODE-S obsahuje 16 položiek, ktoré hodnotia zmeny za uplynulých 10 rokov. Tento časový rámec bol vybraný autormi dotazníka z dôvodu trvania demencie, ktoré je často kratšie ako jedno desaťročie. Každá odpoveď je skórovaná v rozmedzí od 1 (oveľa lepšie) po 5 (oveľa horšie). Pri vyhodnocovaní sa spočíta výsledok všetkých otázok a súčet sa vydelením počtom položiek. Dotazník patrí k najrozšírenejšiemu používaným nástrojom pre meranie kognitívneho úpadku od premorbídnej úrovne s použitím správ informátora, ktorým bol v našom výskume neformálny opatrovateľ.

#### **Stav orientácie**

Pre posúdenie aktuálneho stavu orientácie sme zaradili otázku „V akom štádiu

dezorientovanosti sa Vami opatrovaná osoba najčastejšie nachádza?“ s možnosťami odpovedí: nie je dezorientovaná; nedostatočne alebo čiastočne orientovaná; opakujúce sa pohyby, zmysluplná konverzácia je nemožná; vegetovanie, úplné stiahnutie sa do seba, nevie vypovedať nič iné okrem jednoduchých zvukov. Takéto rýchle zhodnotenie korešponduje s jednotlivými štádiami demencie a v praxi sa využíva pri voľbe vhodných metód komunikácie.

### **HODINY STAROSTLIVOSTI**

Zisťovali sme **celkovú dĺžku trvania opatrovania a rozsah opatrovania (intenzita) v hodinách za týždeň** v troch kategóriách ( $\leq 8$ ,  $9 - 39$  a  $> 40$ ). U neformálnych opatrovateľov sme sa zároveň pýtali aj na **náplň opatrovania** podľa druhu poskytovaných opatrovateľských úkonov a na **spoluprácu s formálnymi poskytovateľmi** sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti v zmysle aktuálnej legislatívy.

### **SOCIÁLNA OPORA**

#### **Oslo Social Support Scale**

#### **OSSS-3 (Kocalevent et al., 2018)**

Trojpoložkový dotazník OSSS-3 obsahuje otázky o počte blízkych osôb, pocite znepokojenia alebo záujmu druhých ľudí a o vzťahu k susedom. Sumárne skóre sociálnej opory sa pohybuje od 3 do 14, pričom vyššie hodnoty predstavujú vyššiu



úroveň sociálnej opory. Sumárne skóre môže byť upravené do troch kategórií: slabá sociálna opora (3-8), stredná sociálna opora (9-11) a silná sociálna opora (12-14) (Bøen, Dalgard, Bjertness, 2012).

## **FUNKČNOSŤ RODINY**

### **Family APGAR**

(Smilkstein, 1978)

Family APGAR je skriningový merací nástroj, ktorý umožňuje merať spokojnosť členov rodiny cez hodnotenie piatich zložiek funkčnosti rodiny: rodinné zdroje dostupné pre coping (A - adaptácia), riešenie problémov (P - partnerstvo), akceptácia zmeny (G - rast), prejavenie náklonnosti a reakcie na pocity (A - náklonnosť) a čas strávený s rodinou (R - rozhodnutie). Každá z piatich uzatvorených otázok je skórovaná trojbodovou škálou od 0 (veľmi zriedka), cez 1 (niekedy), do 2 (takmer vždy). Sumárne skóre funkčnosti rodiny sa pohybuje od 0 do 10, pričom skóre 0 až 3 znamená vysoko dysfunkčnú rodinu, 4 až 6 stredne dysfunkčnú rodinu a 7 až 10 vysoko funkčnú rodinu.

## **SKÚSENOSŤ S OPATROVANÍM**

### **Positive Aspects of Caring Scale**

**PACS** (Pallant, Reid, 2014)

PACS je škála na hodnotenie pozitívnych presvedčení a postojov týkajúcich sa hodnoty opatrovateľskej role. PACS pozostáva

zo 6 položiek, odpovede používajú 4-bodovú stupnicu od 1 (vôbec nesúhlasím) po 4 (úplne súhlasím) so sumárnym skóre v rozsahu od 6 do 24 bodov. Vyššie skóre znamená, že opatrovateľ má vyšší pozitívny postoj k vlastnej roly opatrovateľa.

## **REMINISCENCIA A VALIDÁCIA**

K zisťovaniu využívania a postojov k validácii sme použili dotazník, ktorý zostavili Pokorná a Sukupová (2014) podľa znenia zverejneného v diplomovej práci Sukupovej (2013). Nami skrátaná verzia pozostávala z ôsmich uzavretých otázok. Merací nástroj sme následne adaptovali a použili aj pri zostavení dotazníka zameraného na využívanie *reminiscencie*, ktorý obsahoval päť položiek.

## **SOCIODEMOGRAFICKÉ PREMENNÉ**

Sociodemografické premenné zahŕňali pohlavie, vek, bydlisko, najvyššie ukončené vzdelanie, súčasné pracovné zaradenie, rodinný stav a príjem domácnosti opatrovateľa. U neformálnych opatrovateľov nás ešte zaujímal príbuzenský vzťah k opatrovanej osobe a u odborných pracovníkov informácie o ich práci - typ organizácie, druhy služieb poskytovaných v organizácii, ako dlho v organizácii pracujú, ich súčasná pracovná pozícia, ako dlho sa profesionálne venujú starostlivosti o osobu/osoby s demenciou.

## KLINICKÉ PREMENNÉ

### Medicínsky dotazník

Z hľadiska zdravotného stavu nás zaujímali informácie o súčasných dlhotrvajúcich ochoreniach, na ktoré sme sa pýtali otázkou „*Máte nejaké dlhotrvajúce ochorenie alebo zdravotný problém?*“. Respondenti, ktorí na túto otázku odpovedali „áno“, mohli v ďalšej otázke vybrať a aj bližšie špecifikovať, aké konkrétne ochorenie u nich pretrváva alebo sa očakáva, že bude trvať viac ako 6 mesiacov.

### Overall Evaluation of Health

#### OEH (EURIDISS, 1990)

OEH je určený na celkové hodnotenie vlastného zdravia, pri ktorom majú respondenti na 100 mm vizuálnej analógovej škále (VAS) vyznačiť odpoveď na otázku: „Ako by ste v súčasnosti ohodnotili svoje zdravie? Povedali by ste, že je veľmi zlé, je vynikajúce alebo je niekde medzi tým?“ Skóre VAS sa pohybuje od 0 = veľmi zlé po 100 = vynikajúce.

### Short Form Health Survey

#### SF-12 (Ware et al. 1996)

SF-12 je skrátenou verziou pôvodného SF-36, ktorý sa používa na všeobecné hodnotenie kvality života súvisiacej so zdravím v 8 oblastiach: fyzické fungovanie, rola - fyzická, bolesť tela, celkové vnímanie zdravia, vitalita, sociálne fungovanie, rola - emočné, duševné zdravie.

### Patient Health Questionnaire

#### PHQ-9 (Kroenke et al., 2001)

PHQ-9 patrí medzi skriningové nástroje, pomocou ktorých je možné merať závažnosť aktuálnej depresívnej symptomatiky **v období posledných dvoch týždňov. Každý z 9 položiek sú pridelené body na štvorbodovej škále od 0 (vôbec nie), cez 1 (niektoré dni), 2 (viac než polovicu dní), po 3 (takmer každý deň).** Stav závažnosti je možné bližšie určiť podľa sumárneho skóre: ľahká depresia (5-9), mierna depresia (10-14), stredne ťažká depresia (15-19) a ťažká depresia (20-27). Pri skriningovom použití sa pri sumárnom skóre 10 a viac odporúča ďalšie preskúmanie, keďže môže ísť o klinicky významnú depresívnu symptomatiku (Hajdúk a kol., 2021).

### Generalized Anxiety Disorder

#### GAD-7 (Spitzer et al., 2006)

GAD-7 patrí medzi skriningové nástroje, pomocou ktorých je možné merať závažnosť symptomatiky spojennej s dlhodobou prítomnou úzkosťou resp. úzkostlivosťou. Každý zo 7 položiek sú pridelené body na štvorbodovej škále od 0 (vôbec nie), cez 1 (niektoré dni), 2 (viac než polovicu dní), po 3 (takmer každý deň). Stav závažnosti je možné bližšie určiť podľa sumárneho skóre: žiadna alebo minimálna úzkosť (0-4), mierna úzkosť (5-9), stredná úzkosť (10-14) a silná úzkosť (15-21). Pri skriningovom použití sa pri sumárnom

skóre 10 a viac odporúča ďalšie preskúmanie (Hajdúk a kol., 2021).

### SKÚSENOSŤ S COVID-19

Vzhľadom k prebiehajúcej druhej a tretej vlny pandémie COVID-19, ktoré prebiehali na Slovensku počas realizácie nášho projektu, sme do oboch batérií zahrnuli aj niekoľko otázok zameraných na túto životnú udalosť. Zaujímalo nás napríklad, či respondentom alebo ich blízkym bol zistený COVID-19, či boli v tejto súvislosti hospitalizovaní, prípadne či sa o niekoho s COVID-19 starali. Chceli sme tiež vedieť, či sa počas pandémie COVID-19 zmenilo ich správanie vo vzťahu k zdraviu v oblasti pohybovej aktivity, zdravého stravovania, pitia alkoholu a fajčenia a ako sa počas pandémie COVID-19 zmenil ich stav

v oblasti telesného zdravia, duševného zdravia, spánku a kontaktu s ľuďmi.

**Reliabilitu** štandardizovaných nástrojov, ktoré sme zaradili do našej výskumnej štúdie, sme testovali pomocou koeficientu Cronbachovo alfa ako odhad ich vnútornej konzistencie. Spôľahlivosť testov  $\alpha$  v hodnote  $> 0,9$  bola považovaná za výbornú,  $0,7 - 0,9$  za dobrú,  $0,6 - 0,7$  za prijateľnú,  $0,5 - 0,6$  za zlú a  $\alpha < 0,5$  za neprijateľnú. Tabuľka 5 prezentuje koeficienty pre vybrané meracie nástroje použité v jednom a/alebo druhom súbore. Dosiahnuté hodnoty naznačujú u väčšiny týchto nástrojov **dobrú spoľahlivosť**. Pri IQCODE-S bola dosiahnutá až výborná a pri OSSS-3 a PCTB prijateľná spoľahlivosť.

**Tab. 5** Reliabilita vybraných meracích nástrojov - koeficienty Cronbachovo alfa.

	Neformálni opatrovatelia	Odborní pracovníci	Podľa autorov mierok
ZBI-12	0,90	0,84	0,90
PCTB	-	0,68	0,79
OSS-3	0,63	0,67	0,64
Family APGAR	0,89	0,90	0,80 až 0,85
PACS	0,88	0,89	0,89
IQCODE-S	0,98	-	0,93 až 0,97
PHQ-9	-	0,78	0,89
GAD-7	-	0,86	0,92

ZBI-12 - Zarit Burden Interview; PCTB - Professional Care Team Burden Scale; OSSS-3 - Oslo Social Support Scale; PACS - Positive Aspects of Caring Scale; IQCODE-S - Informant Questionnaire on Cognitive Decline - Short version; PHQ-9 - Patient Health Questionnaire - depression scale; GAD-7 - Generalized Anxiety Disorder

# ZÁŤAŽ OPATROVATEĽOV OSÔB S DEMENCIOU – VÝSLEDKY VÝSKUMU

## Dizajn štúdie a metódy zberu dát

Pre hodnotenie záťaže opatrovateľov osôb s demenciou sme použili dizajn **prierezovej štúdie**. Zber dát prebiehal od 01.09.2021 do 28.02.2022, pričom údaje boli zbierané v tlačenej aj digitálnej forme. Kombinovaný spôsob zberu dát bol zvolený ad hoc, z dôvodu pandemickej situácie súvisiacej s ochorením COVID-19 a potrebou dodržiavania protiepidemických opatrení (ako napríklad interpersonálny odstup, nosenie rúšok, zákaz zhromažďovania).

Výber vzorky bol zámerný. Možnosť zapojiť sa do výskumu bola medializovaná online - cez internetové stránky a sociálne siete niekoľkých organizácií (Asociácia na ochranu práv pacientov, Cesta nádeje, Prohuman, LF UPJŠ v Košiciach). E-mailom boli k účasti pozvané tiež všetky špecializované zariadenia v ambulatnej forme pre fyzické osoby s Alzheimerovou chorobou, demenciou, organickým psychosyndrómom alebo Parkinsonovou chorobou - spolu 12 zariadení s celkovou kapacitou 162 prijímateľov sociálnej služby. Kontakty boli vyhľadane cez online

Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb MPSVaR SR. Ďalších 100 ks dotazníkov v tlačenej forme bolo distribuovaných poštou jednému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a siedmim poskytovateľom sociálnych služieb v Košickom kraji.

Všetkým potenciálnym respondentom bola podaná vstupná informácia o výskume. Účast' bola dobrovoľná, anonymizovaná a prebiehala na základe potvrdenia (elektronicky) alebo podpísania informovaného súhlasu so zaradením do štúdie. Dotazníky boli administrované individuálne a ich vyplnenie trvalo 15 až 20 minút.

## Výskumné súbory

Výskumné súbory tvorilo 115 neformálnych opatrovateľov, 105 formálnych opatrovateľov (odborných pracovníkov) a 115 osôb s demenciou, o ktorých poskytli informácie ich neformálni opatrovatelia. Pri porovnaní neformálnych opatrovateľov a odborných pracovníkov podľa socio-demografických charakteristík (Tab. 6) v oboch skupinách prevažovali ženy (viac ako 80 %). Priemerný vek dosiahnutý v súbore neformálnych opatrovateľov ( $54,0 \pm 12,4$  rokov) bol však o 5,4 roka vyšší oproti odborným pracovníkom ( $48,6 \pm 9,8$  rokov). Najmladší neformálny opatrovateľ mal 26 a formálny opatrovateľ 24

rokov. Najstarší neformálny opatrovateľ mal až 84, kým najstarší formálny opatrovateľ mal 70 rokov. Viac ako polovica neformálnych opatrovateľov mala dosiahnuté vysokoškolské vzdelanie (56,5 %), zatiaľčo viac ako polovica odborných pracovníkov mala dosiahnuté stredoškolské vzdelanie (56,2 %).

Priemerná dĺžka trvania opatrovania bola u neformálnych opatrovateľov  $4,8 \pm 4,8$  rokov s časovým rozptylom od dvoch mesiacov do 21 rokov. U odborných pracovníkov to bolo  $7,9 \pm 6,5$  rokov s časovým rozptylom od mesiaca do 34 rokov. Viac ako polovica neformálnych opatro-

vateľov (55,7 %) poskytovala starostlivosť v rozsahu viac ako 40 hodín týždenne, kým takmer polovica odborných pracovníkov (46,7 %) sa venovala starostlivosti o osobu/osoby s demenciou 9 až 39 hodín týždenne (Tab. 7). **Takmer 70 % neformálnych opatrovateľov bolo zároveň zamestnaných.** Viac ako tri štvrtiny **odborných pracovníkov** pracovalo v neštátnej organizácii, pričom **viac ako polovica bola v pozícii opatrovateľ/-ka.** Z ďalších odborných pracovníkov boli zastúpené pozície zdravotná sestra, sociálny pracovník, psychológ, zdravotnícky asistent, inštruktor sociálnej rehabilitácie a manažér (spolu 46,7 %).

**Tab. 6** Socio-demografické charakteristiky - neformálni opatrovatelia, odborní pracovníci

Socio-demografické charakteristiky		Neformálni opatrovatelia (N=115)		Odborní pracovníci (N=105)	
		n	%	n	%
<b>Pohlavie</b>	Muži	21	18,3	13	12,4
	Ženy	94	<b>81,7</b>	92	<b>87,6</b>
<b>Vzdelanie</b>	ZŠ, SŠ bez maturity	22	19,1	14	13,3
	SŠ	28	24,3	59	<b>56,2</b>
	VŠ	65	<b>56,5</b>	32	30,5
<b>Rodinný stav</b>	Slobodný	21	18,3	20	19,0
	Zosobášený	69	<b>60,0</b>	66	<b>62,9</b>
	Partnerský al. iný	5	4,4	7	6,7
	Ovdovený	4	3,5	0	0,0
	Rozvedený	13	11,3	12	11,4
<b>Rodinný príjem</b>	≤ životné minimum	4	3,5	1	1,0
	> životné minimum	31	27,0	24	24,5
	aspoň 2x životné min.	80	<b>69,6</b>	73	<b>74,5</b>
<b>Bydlisko</b>	Mesto	81	<b>70,4</b>	65	<b>65,0</b>
	Vidiek	34	29,6	35	35,0

**Tab. 7** Intenzita opatrovania a pracovné charakteristiky - neformálni opatrovatelia a odborní pracovníci

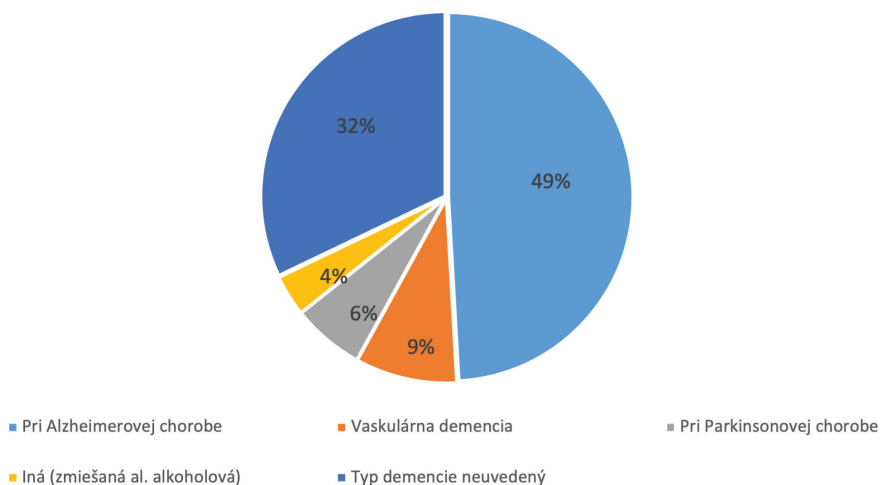
Intenzita opatrovania a pracovné charakteristiky		Neformálni opatrovatelia (N=115)		Odborní pracovníci (N=105)	
		n	%	n	%
Intenzita opatrovania (hodín/týždeň)	≤ 8	19	16,5	14	13,3
	9 - 39	32	27,8	49	<b>46,7</b>
	> 40	64	<b>55,7</b>	31	29,5
	0 alebo chýbajúce	0	0,0	11	10,5
Zamestnanie	Zamestnaný	80	<b>69,6</b>	103	<b>98,1</b>
	Starobný dôchodca	25	21,7	0	0,0
	Nezamestnaný	1	0,9	0	0,0
	Iné	9	7,8	2	1,9
Typ organizácie	Neštátna*			77	<b>75,5</b>
	Štátna			25	24,5
Dĺžka zamestnania v organizácii	< 3 roky			21	20,0
	3 to 6 rokov			29	27,6
	> 6 rokov			55	<b>52,4</b>

\*súkromná, mimovládna (občianske združenie, účelové zariadenie cirkvi) a pod.

Takmer tri štvrtiny opatrovaných osôb boli ženy – 73,0 % (Tab. 8). Dosiahnutý priemerný vek v tejto vzorke bol  $80,5 \pm 8,3$  rokov, s rozpätím od 51 do 98 rokov. Takmer polovica mala diagnostikovanú demenciu pri Alzheimerovej chorobe (49,1 %), nasledovala vaskulárna demencia a demencia pri Parkinsonovej chorobe. V 32,1 % respondenti neuviedli

presný typ demencie u opatrovanej osoby (Graf 2). Kognitívna úroveň opatrovaných osôb hodnotená pomocou the Short IQCODE dosiahla  $4,1 \pm 1,0$ . Takmer polovica opatrovaných osôb (49,6 %) bola čiastočne dezorientovaná (2. fáza demencie) a u štvrtiny zatiaľ dezorientácia nebola prítomná (Tab. 8).

**Graf 2** Zloženie výskumného súboru opatrovaných osôb podľa typu demencie (N=115)



**Tab. 8** Socio-demografické charakteristiky - osoby žijúce s demenciou

Socio-demografické charakteristiky		Osoby s demenciou (N=115)	
		n	%
<b>Pohlavie</b>	Muži	31	27,0
	Ženy	84	<b>73,0</b>
<b>Štádium dezorientovanosti</b>	Nepřítomná dezorientácia	28	25,2
	Čiastočná dezorientácia	57	<b>49,6</b>
	Repetitívne pohyby	21	18,3
	Vegetovanie	6	5,2
	Neviem	2	1,7
	<b>Stupeň odkázanosti na sociálnu službu</b>	I.-II.	1
III.-IV.	10	8,9	
V.	19	17,0	
VI.	28	<b>25,0</b>	
Neviem	54	<b>48,2</b>	

Podľa príbuzenského vzťahu išlo u viac ako polovice (52,2 %) o vzťah dieťa - rodič (syn alebo dcéra ako neformálny opatrovatel). Manželský partner/-ka opatroval v 15,7 %. Takmer tretinu tvorili osoby v inom vzťahu k opatrovanej osobe (nevesta, sestra, synovec, sesternica, známy). Poskytovaná pomoc zo strany neformálnych opatrovateľov sa najčastejšie týkala vykonávania sprievodu na lekárske vyšetrenia, na vybavenie úradných záležitostí a pri záujmových činnostiach (85,2 %). Viac ako tri štvrtiny (79,1 %) sa podieľali na starostlivosti o domácnosť - nákup potravín, príprava alebo donáška jedla, upratovanie. Viac ako polovica poskytovala sebeobslužné úkony (62,6 %) a vykonávala dohľad pri starostlivosti o domácnosť a sebeobslužných úkonoch (60,0 %). Opatrované osoby mali najčastejšie priznaný VI. stupeň odkázanosti na sociálnu službu (25,0 %), avšak takmer polovica (48,3 %) neformálnych opatrovateľov nevedela stupeň odkázanosti uviesť (Tab. 8). Medzi využívanými odbornými službami dominovala terénna opatrovateľská služba (20,9 %). Ďalších 13,0 % navštevovalo ambulantné špecializované zariadenie. Iba štyri osoby (3,5 %) boli umiestnené v pobytovom špecializovanom zariadení, v zariadení pre seniorov alebo v zariadení opatrovateľskej služby. Zdravotnú starostlivosť poskytovanú ADOS (0,9 %), liečebňou, resp. oddelením dlhodobo chorých a psychiatrickou liečebňou využívalo spolu 5,3 % opatrovaných osôb.

### **Asociácie opatrovateľskej záťaže so sociálnou oporou, pozitívnou skúsenosťou s opatrovaním a s terapeutickými komunikačnými metódami - neformálni opatrovatelia**

V súbore neformálnych opatrovateľov bolo dosiahnuté priemerné sumárne skóre opatrovateľskej záťaže (ZBI-12)  $17,9 \pm 9,9$ . Vysoká opatrovateľská záťaž bola zistená u viac ako polovice neformálnych opatrovateľov (52,5 %). Slabú mieru sociálnej opory uviedlo 44,0 % neformálnych opatrovateľov (Tab. 9). Dosiahnuté priemerné skóre pozitívnej skúsenosti s opatrovaním (PACS) bolo  $17,9 \pm 4,1$ . Koncept reminiscencie uplatňovalo 37,2 % a koncept validácie podľa Naomi Feil len 22,4 % neformálnych opatrovateľov.



**Tab. 9** Opatrovateľská záťaž a sociálna opora – neformálni opatrovatelia

		Neformálni opatrovatelia (N=115)	
		n	%
<b>ZBI-12</b>	nízka záťaž (ZBI-12 < 17)	48	47,5
	vysoká záťaž (ZBI-12 ≥ 17)	53	<b>52,5</b>
<b>OSSS-3</b>	slabá sociálna opora	48	<b>44,0</b>
	stredná sociálna opora	42	38,5
	silná sociálna opora	19	17,4

ZBI-12 - Zarit Burden Interview; OSSS-3 - Oslo Social Support Scale

Jednou z výskumných otázok, ktoré nás zaujímali bolo, ako súvisí opatrovateľská záťaž u neformálnych opatrovateľov osôb s demenciou s vnímanou sociálnou oporou, pozitívnou skúsenosťou s opatrovaním a aplikáciou terapeutických komunikačných metód. Na analýzu asociácií subjektívnej záťaže (ZBI-12) s vekom, pohlavím, vzdelaním, sociálnou oporou, skúsenosťami s opatrovaním,

komunikačnými metódami a intenzitou starostlivosti sme použili Pearsonove a Spearmanove korelácie (Tab. 10). Vyššia opatrovateľská záťaž bola štatisticky významne spojená s nižšou vnímanou sociálnou oporou ( $r=-0,52$ ,  $p < 0,01$ ), s nižším pozitívnym postojom k vlastnej role opatrovateľa ( $r=-0,51$ ,  $p < 0,01$ ), s nižšou intenzitou opatrovania ( $r=-0,26$ ,  $p < 0,05$ ) a s vyšším vzdelaním ( $R=0,26$ ,  $p < 0,05$ ).

**Tab. 10** Korelácie subjektívnej záťaže neformálnych opatrovateľov s vybranými nezávislými premennými – vek, pohlavie, vzdelanie, sociálna opora, skúsenosť s opatrovaním, komunikačné metódy a intenzita opatrovania

Nezávislé premenné	Neformálni opatrovatelia (ZBI-12)
Vek	-0,02
Pohlavie	0,15
Vzdelanie	<b>0,26*</b>
OSSS-3	<b>-0,52**</b>
PACS	<b>-0,51**</b>
Intenzita opatrovania	<b>0,26*</b>
Reminiscencia	0,05
Validácia	0,14

ZBI-12 - Zarit Burden Interview; OSSS-3 - Oslo Social Support Scale; PACS - Positive Aspects of Care-giving Scale; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

Pre zistenie, koľko variancie závislej premennej (ZBI-12) vysvetľujú jednotlivé nezávislé premenné sme použili viacnásobnú regresnú analýzu (metóda enter). V modeli 1 (vek, pohlavie, vzdelanie) boli so ZBI-12 štatisticky významne asociované vek ( $\beta$ : 0,33;  $p < 0,05$ ) a vzdelanie ( $\beta$ : 0,36;  $p < 0,01$ ) a vysvetľovali 12 % celkovej variancie ZBI-12 ( $p < 0,05$ ). Keď sme pridali reminiscenciu a validáciu (model 2), vek a vzdelanie zostali štatisticky významné ( $p < 0,01$ ). Reminiscencia a validácia neboli štatisticky významne asociované so ZBI-12. V treťom kroku,

po pridaní PACS ( $\beta$ : -0,47;  $p < 0,001$ ), sa vysvetlená variancia ZBI-12 zvýšila z 15 % na 33 % (model 3) a v štvrtom kroku, po pridaní OSSS-3 ( $\beta$ : 0,34;  $p < 0,01$ ), sa zvýšila až na 42 % (model 4). Keď sme v poslednom kroku (model 5) pridali intenzitu starostlivosti ( $\beta$ : 0,24,  $p < 0,05$ ), asociácia medzi vekom a ZBI-12 (model 1 - model 4) už nebola štatisticky významná. Asociácie medzi vzdelaním ( $\beta$ : 0,23;  $p < 0,05$ ), PACS, OSSS-3 ( $\beta$ : 0,33;  $p < 0,01$ ) a ZBI-12 boli štatisticky významné a konečný model vysvetľoval 47 % celkovej variancie ZBI-12 (Tab. 11).

**Tab. 11** Viacnásobná regresná analýza subjektívnej záťaže neformálnych opatrovateľov s vybranými nezávislými premennými – vek, pohlavie, vzdelanie, aplikovanie komunikačných metód, skúsenosť s opatrovaním, sociálna opora a intenzita opatrovania

	<b>ZBI-12</b>		
	<b>β</b>	<b>adj R<sup>2</sup></b>	<b>smc</b>
<b>Model 1</b>			
Vek	<b>0,33*</b>	0,12	*
Pohlavie	0,13		
Vzdelanie	<b>0,36**</b>		
<b>Model 2</b>			
Vek	<b>0,34**</b>	0,15	ns
Pohlavie	0,20		
Vzdelanie	<b>0,36**</b>		
Reminiscencia	0,15		
Validácia	0,14		
<b>Model 3</b>			
Vek	<b>0,32**</b>	0,33	***
Pohlavie	0,17		
Vzdelanie	<b>0,27*</b>		
Reminiscencia	0,04		
Validácia	0,03		
PACS	<b>-0,47***</b>		
<b>Model 4</b>			
Vek	<b>0,22*</b>	0,42	**
Pohlavie	0,09		
Vzdelanie	0,20		
Reminiscencia	0,05		
Validácia	-0,02		
PACS	<b>-0,35**</b>		
OSSS-3	<b>-0,34**</b>		
<b>Model 5</b>			
Vek	0,17	0,47	*
Pohlavie	0,11		
Vzdelanie	<b>0,23*</b>		
Reminiscencia	0,06		
Validácia	0,04		
PACS	<b>-0,33**</b>		
OSSS-3	<b>-0,33**</b>		
Intenzita opatrovania	<b>0,24*</b>		

ZBI-12 - Zarit Burden Interview; PACS - Positive Aspects of Caregiving; OSSS-3 - Oslo Social Support Scale; β – Beta; \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001; smc - Significance of model change for the added variable(s)

## Asociácie opatrovateľskej záťaže so sociálnou oporou, pozitívnou skúsenosťou z opatrovania a s terapeutickými komunikačnými metódami – odborní pracovníci

V súbore odborných pracovníkov bolo dosiahnuté priemerné sumárne skóre opatrovateľskej záťaže (ZBI-12)  $9,7 \pm 6,2$ . Prevažná väčšina odborných pracovníkov vykazovala nízku opatrovateľskú záťaž (87,8 %). Polovica odborných pracovníkov vykazovala strednú mieru sociálnej opory (Tab. 12).

**Tab. 12** Opatrovateľská záťaž a sociálna opora - odborní pracovníci

		Odborní pracovníci (N=105)	
		n	%
ZBI-12	nízka záťaž (ZBI-12 < 17)	86	<b>87,8</b>
	vysoká záťaž (ZBI-2 ≥ 17)	12	12,2
OSSS-3	slabá sociálna opora	28	26,9
	stredná sociálna opora	52	<b>50,0</b>
	silná sociálna opora	24	23,1

ZBI-12 - Zarit Burden Interview; OSSS-3 - Oslo Social Support Scale

Ďalšou z výskumných otázok, ktoré nás zaujímali bolo, ako súvisí opatrovateľská záťaž u odborných pracovníkov s vnímanou sociálnou oporou, pozitívnou skúsenosťou s opatrovaním a duševným zdravím. Na analýzu týchto asociácií sme použili Pearsonove korelácie (Tab. 13). Vyššia opatrovateľská záťaž (ZBI-12) bola štatisticky významne spojená s vyššou mierou depresie ( $r=0,56$ ,  $p < 0,01$ ) a anxiety ( $r=0,48$ ,  $p < 0,01$ ), s nižším pozitívnym postojom k vlastnej role poskytovateľa starostlivosti ( $r=-0,35$ ,  $p < 0,01$ ) a s vyššou mierou dysfunkčnosti vlastnej rodiny ( $r=-0,25$ ,  $p < 0,05$ ).

**Tab. 13** Korelácie subjektívnej záťaže odborných pracovníkov s vybranými nezávislými premennými - sociálna opora, funkčnosť rodiny, skúsenosť s opatrovaním, depresia a anxieta.

	ZBI-12	PCTB	OSSS-3	Family APGAR	PACS	PHQ-9	GAD-7
<b>ZBI-12</b>		<b>-0,59**</b>	-0,19	<b>-0,25*</b>	<b>-0,35**</b>	<b>0,56**</b>	<b>0,48**</b>
<b>PCTB</b>			<b>0,30**</b>	<b>0,24*</b>	<b>0,48**</b>	<b>-0,42**</b>	<b>-0,47**</b>
OSSS-3				0,12	-0,38**	-0,25*	-0,16
Family APGAR					0,10	-0,13	-0,22*
PACS						-0,28**	-0,20
PHQ-9							0,76**
GAD-7							

ZBI-12 - Zarit Burden Interview; PCTB - Professional Care Team Burden Scale; OSSS-3 - Oslo Social Support Scale; PACS - Positive Aspects of Caring Scale; PHQ-9 - Patient Health Questionnaire - depression scale; GAD-7 - Generalized Anxiety Disorder; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Možnosti  
prevencie  
záťaže  
opatrovateľov  
osôb  
s demenciou

3 kapitola



## EKOSOCIÁLNE A BEHAVIORÁLNE INTERVENCIE

Keďže záťaž opatrovateľa je považovaná za konštrukt, ktorému sa dá vyhnúť, a ktorý sa môže zmeniť, porozumenie vzťahov medzi faktormi spojenými so záťažou opatrovateľa pri demencii je dôležitým základom pre vývoj účinných intervencií. Tieto intervencie sú kľúčové nielen pre zníženie záťaže opatrovateľa, ale sú aj ekonomicky prospešné, pretože môžu oddialiť čas potreby inštitucionalizácie osoby s demenciou (Livingston et al., 2017). Pribúdajú tiež dôkazy o tom, že **postdiagnostická podpora** poskytovaná počas dlhšieho obdobia je nevyhnutná nielen pre rodiny, ale aj pre ľudí s demenciou (The Improvement Hub, 2017).

Na druhej strane, úroveň zdravotníckych a dlhodobých rezidenčných služieb poskytovaných osobám v pokročilom štádiu demencie je v mnohých krajinách sveta nízka. Odborní pracovníci často nedisponujú dostatočnými poznatkami a zručnosťami, ktoré sú potrebné najmä pri zvládaní behaviorálnych a psychologických symptómov demencie. Dosiahnutie rovnováhy medzi potrebami osoby s duševným postihnutím a možnosťami, ktoré mu na ich uspokojenie ponúka jeho vlastné sociálne prostredie, je jed-

ným z kľúčových prvkov ekologického prístupu v sociálnej práci. Tento prístup sa usiluje o prepájanie profesionálnych a neprofesionálnych zdrojov pomoci v prospech osoby žijúcej s demenciou. Medzi nosné princípy **ekosociálneho prístupu** pri práci s klientami s Alzheimerovou chorobou zaraďujú Šlosár a kol. (2017) **princíp správneho načasovania, najmenšieho zásahu a princíp aktivizácie prirodzených sociálnych sietí**.

Kľúčovým prostriedkom na zlepšenie starostlivosti je včasné stanovenie diagnózy demencie, ktoré môžu významne ovplyvniť najmä všeobecní lekári pre dospelých. Ich úloha spočíva vo včasnom rozpoznaní kognitívnych porúch a demencií. Diagnostika sa realizuje systematickým prístupom a začína anamnézou (históriou) zistenou od pacienta príp. od jeho sprevádzajúcej osoby vrátane prehľadu o užívaných liekoch. Východiskom je hodnotenie kognitívnych funkcií pomocou skriningových diagnostických testov ako napr. Mini-Mental State Examination (MMSE), Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-R, ACE-III) alebo Montreal Cognitive Assessment (MOCA), doplnené fyzikálnym a laboratórnym vyšetrením. Dôležité je vylúčenie komorbidít, (spôsobených napr. hypotyreózou, syfilisom, HIV), ktorých odhalenie a liečba môže zlepšiť kogníciu, prípadne

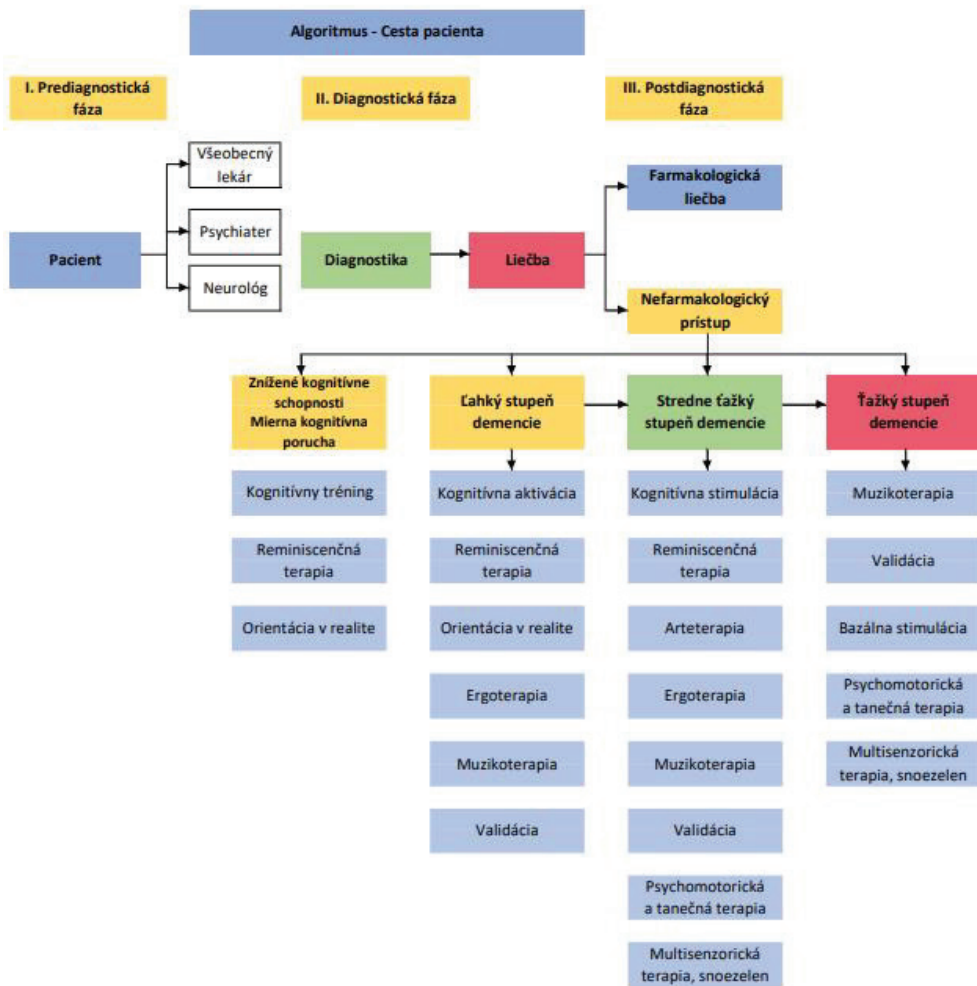
rozlíšenie iných reverzibilných príčin demencie. Pre vylúčenie zriedkavých príčin sa používa tiež CT alebo MRI vyšetrenie, aby sa mohla začať farmakologická a nefarmakologická liečba zameraná na špecifický typ demencie (Bartošovič In: Gazdčíková a kol., 2021; Livingston et al., 2017).

Cieľom komplexnej liečby demencie je optimálna telesná, duševná pohoda a udržanie čo najkvalitnejších sociálnych vzťahov napriek nezvratnému a progresujúcemu obmedzeniu kognitívneho výkonu a každodenných kompetencií (Kurz, 2013).

**Farmakologická liečba** je primárne zameraná na spomalenie progresie ochorenia pomocou kognitív. Dostupné sú tri inhibítory cholinesterázy (donepezil, rivastigmín, galantamín), ktoré majú malý, ale klinicky významný účinok pri všetkých stupňoch demencie, ale s vedľajšími účinkami. Donepezil a rivastigmín majú pozitívny vplyv na kogníciu a u demencie s Lewyho telieskami aj na zníženie halucinácií. Memantín má menší vplyv na kogníciu pri stredne závažnom stupni (Livingston et al., 2017). Sekundárna liečba sa zameriava na neuropsychiatrické príznaky, napr. na depresiu alebo psychotické príznaky. Pri demencií pri Alzheimerovej chorobe a vaskulárnych demenciách sa vždy odporúča kombiná-

cia farmakologickej liečby s nefarmakologickými intervenciami (Králová, 2017).

**Nefarmakologické intervencie zamerané na neuropsychiatrické symptómy demencie** sa rozdeľujú na *zmyslové praktiky* (arómaterapia, masáže, multisenzorická stimulácia, svetelná terapia), *psychosociálne intervencie* (validačná terapia, reminiscenčná terapia, pet-terapia, zmysluplné aktivity) a *štruktúrované protokoly starostlivosti* (kúpanie, ústna hygiena). Tieto intervencie sú odporúčané ako „lieky prvej voľby“ pri zvládaní neuropsychiatrických symptómov (Scales, Zimmermann, Miler, 2018). Nevyhnutnými podmienkami nefarmakologických intervencií sú pomenovanie, určenie zdravotného cieľa, cieľovej populácie, zložiek a postupov, miesta poskytovania, hlavného mechanizmu, poskytovateľa a uvedenie aspoň jednej pozitívnej vedeckej intervenčnej štúdie (Ninot, 2021). Štandardné postupy vydané MZ SR (Čunderlíková a kol., 2021) poskytujú prehľad nefarmakologických prístupov a metód vhodných v liečbe demencií podľa stupňa závažnosti ochorenia (Obr. 12).



Obr. 12 Nefarmakologické prístupy - po diagnostike demencií (Čunderlíková a kol, 2021).



**Psychosociálne intervencie** ako jeden z typov nefarmakologických intervencií majú však aj potenciál **zlepšiť kvalitu života opatrovateľov osôb s demenciou, ich kompetencie a sebaúčinnosť.**

Dostupná sociálna opora vo forme psychosociálnych intervencií predstavuje jeden z kľúčových preventívnych nástrojov pri predchádzaní záťaži opatrovateľa (Ong et al., 2018). Nízkonákladové krátkodobé psychosociálne intervencie priniesli slubné výsledky v oblasti dlhodobého zlepšenia duševného zdravia opatrovateľa (Spalding-Wilson et al., 2018). Psychoedukácia, stratégie pomoci a viaczožkové programy boli identifikované ako hlavné formy efektívnych psychosociálnych intervencií pre neformálnych opatrovateľov (Kurz, 2013).

V porovnaní s inými psychosociálnymi intervenciami sa ako najúčinnějšíe pri znižovaní záťaže, depresie a úzkosti u opatrovateľov ľudí s demenciou ukazujú **psychoedukačné intervencie.** Metaanalýzy tiež preukázali malý až stredný účinok psychoedukačných intervencií na psychickú morbiditu, záťaž, depresiu a subjektívnu pohodu opatrovateľov (Melunsky et al., 2015).

Cieľom psychoedukačných podporných skupín je **vzdelávať** členov skupiny pri súčasnom poskytovaní primeranej so-

**ciálnej opory.** Dôležitosť tejto formy postdiagnostickej podpory spočíva v tom, že umožňuje ľuďom s demenciou a ich opatrovateľom vyrovať sa s chorobou, plánovať si budúcnosť a čo najlepšie využiť svoju súčasnú situáciu. Integrálnym prvkom úspešnej realizácie psychoedukačného programu je **skupinová facilitácia** (Gibb et al., 2019).

Ekosociálne a behaviorálne intervenčné programy predchádzajú alebo prispievajú k redukcii depresívnych stavov, úpadku motorických a kognitívnych funkcií a zníženiu sociálnej izolácie. Cieľom krátkodobých programov pre rodinných príslušníkov je zlepšiť kvalitu života neformálnych opatrovateľov (Holmerová et al., 2009). Cieľom dlhodobých programov je predĺžiť zotrvanie osoby s demenciou v domácom prostredí a oddialiť tak jej inštitucionalizáciu (o 12 až 24 mesiacov). Psychoedukačné programy pre odborných pracovníkov zariadení sociálnych služieb a zdravotníckych zariadení by mali viesť k zvýšeniu kvality poskytovanej starostlivosti cez zníženie ich pracovnej záťaže a redukcii používania obmedzovacích prostriedkov u osôb s demenciou vrátane neuroleptík.

# ALZHEIMER CAFÉ KOŠICE - PILOTNÝ PROGRAM PRE NEFORMÁLNYCH OPATROVATEĽOV

Špecifickým cieľom projektu VEGA 1/0372/20 bolo „prispieť k zníženiu rizika záťaže neformálnych opatrovateľov osôb s demenciou prostredníctvom psychosociálnej a behaviorálnej intervencie“. Prípravná fáza realizovaného pilotného programu s názvom **Alzheimer Café Košice** zahŕňala výber obsahového zamerania, zostavenie lektorského tímu, naplánovanie časového harmonogramu a štruktúry jednotlivých stretnutí, prípravu pozvánok a dotazníkov spätnej väzby.

## ■ Výber obsahového zamerania

Obsahové zameranie skupinovej intervencie vychádzalo z intervenčného programu *The Next Steps - Demencia post-diagnostic support guide* (Gibb et al., 2019), ktorý pozostáva z ôsmich častí: predstavenie demencie, právne a finančné plánovanie, informácie a rady o dostupnej podpore a službách, pamäťové zručnosti/posilnenie/stratégie, komunikácia, emocionálne problémy, fyzická aktivita a výživa a environmentálne inter-

vencie. Do nami realizovaného pilotného programu sme zaradili nasledovné témy:

1. Komunitné sociálne a zdravotné služby pre ľudí s demenciou
2. Demencie z pohľadu lekára – neurológa
3. Demencie z pohľadu lekára – psychiatra
4. Právne a finančné aspekty demencie
5. Tréning pamäti
6. Komunikácia
7. Emócie a demencia
8. Pohyb a rehabilitácia (relaxácia)
9. Výživa a spánok
10. Bezpečné prostredie

## ■ Zostavenie lektorského tímu

Multidisciplinárny lektorský tím pozostával z ôsmich odborníkov (členov riešiteľského kolektívu), ktorí sa problematike demencie venujú z pohľadu všeobecného lekárstva, neurológie, psychiatrie, psychológie, sociálnej práce, fyzioterapie a verejného zdravotníctva (Obr. 13).



**Obr. 13** Obsahové zameranie, lektorský tím a časový harmonogram - prehľad.

### ■ Naplánovanie časového harmonogramu a štruktúry jednotlivých stretnutí

Cyklus desiatich interaktívnych stretnutí bol realizovaný v priebehu septembra 2021 až júna 2022 kombinovanou formou – sedem stretnutí online (Obr. 14) a tri stretnutia prezenčne (Obr. 15). Stretnutia sa uskutočnili v pravidelných intervaloch - raz mesačne, v podvečerných hodinách v časovom rozsahu 90 min./stretnutie.

Každé stretnutie viedol facilitátor, ktorý bol zodpovedný za otvorenie stretnutia, privítanie a krátke vzájomné zoznámenie sa účastníkov, uvedenie témy a lektora, vedenie diskusie a ukončenie stretnutia. Stretnutia mali charakter interaktívnych

workshopov s uplatnením prvkov procesu učenia sa - „zažívanie“ (videnie a vykonávanie činnosti), „spracovanie“ (reflexia a analýza aktivity), „zovšeobecňovanie“ (chápanie zlepšenia) a „aplikovanie“ (uveodenie získaných vedomostí do praxe). K niektorým témam boli pre účastníkov pripravené pracovné listy.



**Obr. 14** Podporná skupina - online forma (témy č. 1-7).



Obr. 15 Podporná skupina – prezenčná forma (témy č. 8, 9, 10).

### ■ Príprava pozvánok a dotazníkov spätnej väzby

Ku každému stretnutiu bola pripravená pozvánka (Obr. 16), ktorú sme distribuovali elektronicky - zaslanie e-mailov vybraným poskytovateľom sociálnych služieb v meste Košice a blízkom okolí (verejní poskytovatelia zriadení mestom a mestskými časťami, neverejní poskyto-

vatelia zabezpečujúci domácu opatrovateľskú službu, špecializované zariadenia), zverejnenie na webových a FB stránkach a podobne.

Po stretnutí bol účastníkom zaslaný krátky online dotazník spätnej väzby k danému stretnutiu s informáciou o téme a dátume nasledujúceho stretnutia.



# PODPORNÁ SKUPINA

Pre rodinných príslušníkov,  
blízkyh – opatrovateľov  
ľudí žijúcich s **DEMENCIU**

**14. JÚN 2022**  
**16:30 – 18:00**

**10/10 stretnutí**

zamerané na  
**BEZPEČNÉ PROSTREDIE**

prednášajúci:  
**Mgr. Marta Nemčíková**

## BLIŽŠIE INFORMÁCIE

FB Cesta nádeje –  
špecializované zariadenie s denným pobytom  
Mgr. Marta Nemčíková, 0908 134 081  
Prihlasovať sa je možné e-mailom na:  
[marta.nemcikova@upjs.sk](mailto:marta.nemcikova@upjs.sk)  
Pri prihlasovaní uveďte:  
meno, priezvisko, telefonický kontakt

Stretnutia sú **bezplatné**, pripravené vďaka  
finančnej podpore projektu VEGA 1/0372/20

Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny  
Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach ● [www.upjs.sk](http://www.upjs.sk)  
Cesta nádeje ● [www.diakoniakosice.sk](http://www.diakoniakosice.sk)

Tešíme sa na stretnutie s Vami !

ORGANIZÁTORI



Obr. 16 Pozvánka na stretnutie podpornej skupiny.

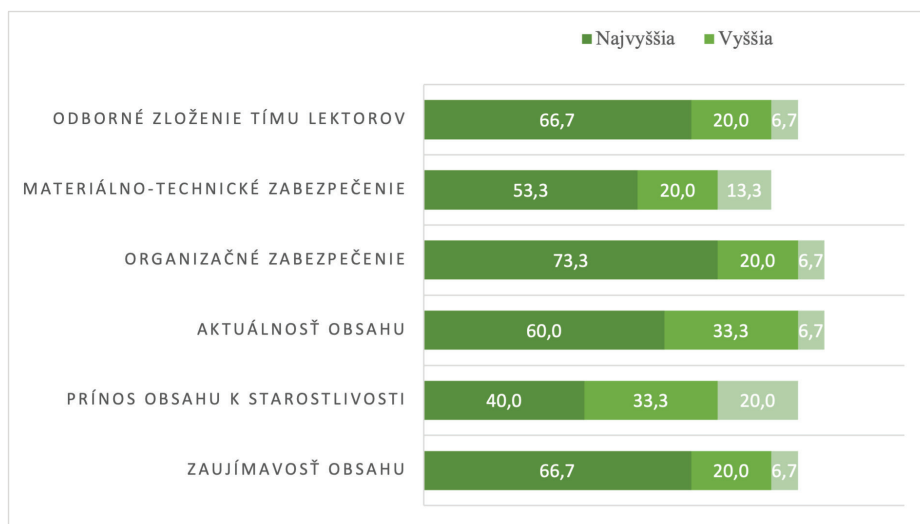
## HODNOTENIE PILOTNÉHO PROGRAMU Z POHLADU ÚČASTNÍKOV

Pri hodnotení pilotného programu sme použili dizajn prierezovej štúdie. Každý účastník aspoň jedného z desiatich stretnutí bol pozvaný vyplniť začiatkom augusta 2022 online dotazník spätnej väzby. Z 32 oslovených participantov dotazník vyplnilo **15 respondentov** - návratnosť 46,9%. Vzorku tvorili prevažne ženy a ľudia s ukončeným vysokoškolským vzdelaním – po 80,0 % (n=12). Až 66,7 % respondentov patrilo k neformálnym opatrovateľom (n=10, z toho 1 bol poberateľom peňažného príspevku na opatrovanie), dvaja boli potenciálni neformálni opatrovatelia a traja z účastníkov boli odborní zamestnanci (z toho 1 sociálny pracovník).

Na otázku „Ako ste boli vo všeobecnosti spokojný/-á s podpornou skupinou?“

až 73,0 % respondentov uviedlo, že boli „veľmi spokojní“. Pri bližšom hodnotení vo všetkých vybraných oblastiach prevažovala v odpovediach „najvyššia“ úroveň (Graf 3). Najviac účastníkov pritom toto hodnotenie udelilo organizačnému zabezpečeniu (73,3 %), nasledovalo odborné zloženie lektorského tímu a zaujímavosť obsahu (66,7 %), aktuálnosť obsahu (60,0 %), materiálno-technické zabezpečenie (53,3 %) a prínos obsahu k starostlivosti (40,0 %).

Zaujímala nás tiež prípadná opätovná účasť v podpornej skupine. Až 80,0 % účastníkov by odporúčalo účasť aj ďalším ľuďom a 73,3 % by sa stretnutí zúčastnilo aj v budúcnosti. Skupina splnila očakávania u 66,7 % účastníkov, avšak takmer polovica (46,7 %) nevedela, či by boli ochotní na takéto stretnutia aj finančne prispievať.



**Graf 3** Ako by ste vo všeobecnosti zhodnotili úroveň stretnutí? (odpovede v %)

## ŠPECIFICKÉ PRÍSTUPY V KOMUNIKÁCI

Syndróm demencie významne ovplyvňuje nielen jednotlivo – pacienta a jeho blízkych, ale aj vzájomný vzťah medzi osobou žijúcou s demenciou a jej neformálnym opatrovateľom. Najmä manželia poukazujú na rôzne zmeny vo vzťahu k životnému partnerovi s demenciou. Negatívne zmeny sa zaznamenávajú v oblastiach ako je komunikácia, vzájomnosť, príležitosti pre spoločné aktivity a šťastie vo vzťahu. Aj napriek závažným zmenám, niektoré pozitívne aspekty vzťahu zostávajú nedotknuté ako napríklad blízkosť a náklonnosť (Rausch et al., 2017).

### Všeobecné pravidlá komunikácie s osobami s demenciou

Komunikácia je nevyhnutným predpokladom pre rozpoznávanie a uspokojovanie potrieb človeka žijúceho s demenciou, pre spokojnosť a kvalitu jeho života i jeho neformálnych opatrovateľov (Hauke et al., 2017; Heimerl, Reitinger, Eggenberger, 2011). Vyvstáva preto otázka, ako sa dorozumievať s osobou, ktorá trpí výrazným poškodením reči a porozumenia, ako „správne používať“ verbálnu, neverbálnu a paraverbálnu zložku komunikácie (Mikuláščík, 2010). Na osobu orientovaná komunikácia s osobou s de-

menciou sa riadi nasledujúcimi všeobecnými pravidlami (Hauke et al., 2017):

1. Zabezpečiť pokojné prostredie.
2. Zachovať pokoj v komunikácii.
3. Nehovoriť o osobe s demenciou v jej prítomnosti (v tretej osobe).
4. Využívať neverbálnu komunikáciu vrátane aktívneho nadviazovania očného kontaktu.
5. Komunikovať s ohľadom na vek a schopnosti osoby s demenciou.
6. Vykonávanú činnosť popisovať slovné.
7. Nepoužívať otázku „Prečo?“.
8. Aktívne chrániť dôstojnosť osoby s demenciou.
9. Aktívne počúvať (s využívaním techník ako oceňovanie, parafrázovanie, zrkadlenie emócií a sumarizovanie).

Priebeh a obsah rozhovorov sa líši v závislosti od jednotlivých štádií demencie. V prvom štádiu (fáza potreby dohľadu) osoba s demenciou nedokáže hovoriť o nedávnych udalostiach, nevie nájsť správne slová. V stredne ťažkom štádiu (fáza potreby starostlivosti) je pre človeka s demenciou čoraz ťažšie sa zapojiť do akéhokoľvek rozhovoru, a preto sa o to bude snažiť čoraz zriedkavejšie. Nerozumie abstraktným pojmom, rozpráva bez úvodných viet. Nerozoznáva medzi

prítomnou situáciou a minulosťou. V rozhovore sa opiera o vžitú frázu. V poslednom štádiu (fáza potreby ošetrovateľskej starostlivosti) pacient prestáva rozprávať. Jeho vyjadrovacie schopnosti sa úplne vytratia, zostáva niekoľko neartikulovaných zvukov. Reaguje iba na fyzické impulzy ako je bolesť, teplo, chlad alebo pohyb. Efektívna komunikácia s osobou s demenciou si vyžaduje veľké množstvo energie (Buijssen, 2005), je však možné sa ju naučiť.

Je prínosné, ak sa rodinní a formálni opatrovatelia osoby žijúcej s demenciou spoločne zúčastnia vzdelávania zameraného na komunikáciu. Pozitívne dopady sa prejavujú v kvalite života a celkovej pohode osôb s demenciou, sú pozorovateľné v zmenách ich správania pri vedení rozhovorov (napr. pozitívne interakcie, menej hanlivých slovných prejavov, viac emocionálnych reakcií). Zároveň je u opatrovateľov preukázaný nárast ich poznatkov a kompetencií. Vyššiu účinnosť pritom majú interdisciplinárne vedené komunikačné tréningy (Heimerl, Reiting, Egenberger, 2011). S osobami s demenciou je možné komunikovať viacerými spôsobmi. Medzi komunikačné metódy vyvinuté priamo pre komunikáciu s osobami s demenciou sa zahŕňa empatická komunikácia, komunikácia podľa Haberstroha, sebaudržiavacia terapia, reminiscencia a validácia (Philipp-Metzen, 2015):

## **Empatická komunikácia**

Empatia je schopnosť vcítiť sa do problémov iných ľudí tak, že pri vzájomnej komunikácii dokážeme vycítiť emócie, motívy a snahy, ktoré druhý človek nevyjadruje priamo. Ľudia disponujú touto schopnosťou v rozličnej miere, je však dôležitou súčasťou osobnostného vybavenia sociálneho pracovníka, sestry a lekára (Bartošovič In: Gazdíková a kol., 2021).

Cieľom konceptu empatickej komunikácie podľa Sabine Engel je zlepšenie, prípadne stabilizovanie pohody osôb s demenciou a ich príbuzných pomocou posilnenia komunikačných kompetencií. Príbuzní sú vďaka tejto metóde schopní lepšie porozumieť symptómom demencie a rozvinúť tým porozumenie voči potrebám osôb s týmto ochorením. Okrem iného tu stoja v centre záujmu subjektívne pocity osoby s demenciou. Elementami empatickej komunikácie sú orientácia na potreby a hodnotné zaobchádzanie, ktoré reflektujú sociálnu psychológiu T. Kitwooda.

## **Komunikácia s ľuďmi s demenciou podľa Haberstroha**

Cieľovou skupinou pre využívanie tejto metódy sú profesionálni opatrovatelia (odborní pracovníci) ako aj opatrojúci príbuzní. Haberstrohov prístup berie do úvahy najmä prežívanie človeka s demenciou v priebehu ochorenia, ktoré je



charakteristické sťaženým prístupom k informáciám, vyrovnávaním sa so skúsenosťou straty, ako aj stratou nezávislosti. V komunikácii by mali byť zohľadnené aj tieto aspekty, spolu s perspektívami a pohodou partnera v rozhovore, rovnako aj jedinečnosť človeka s demenciou. Zdôrazňuje sa, že postoj nachádzajúci sa za komunikáciou je základným faktorom pri úspešnom budovaní vzťahov.

### Sebaudržiavacia terapia

V originály Selbserhaltungstherapie (SET) je príkladom integrovanej na zdroje orientovanej liečby demencie. Vzťahuje sa na zmeny v základných oblastiach života, ktoré vznikajú ako následok demencie a podporuje adaptáciu na novovznikajúce výzvy týkajúce sa ako samotných pacientov, tak aj ich okolia. Po úspešnom prispôbení sa dôsledkom choroby sa dá predísť predčasnej strate (zdrojov, sociálnych kompetencií, spojení, emocionálnej stability a pod.). Terapeutická podpora nastavená na straty a zmeny sa prejavuje najmä v dvoch oblastiach: (1) v nastavení aktivít, programu dňa a foriém účasti a (2) v prispôbení sa formami komunikácie a spôsobmi zaobchádzania. Adekvátne metódy komunikácie a aktivity redukujú záťaž príbuzných a prispievajú k pohode osôb s demenciou a vo vysokej miere k ich kvalite života. V skorých štádiách demencie sú pridanou hodnotou psychoterapeutické postupy ako aj elektronické a iné

technické pomôcky. Ústrednými znakmi sú práca s biografiou, orientácia na zdroje a dôraz je kladený na sebaudržanie osôb s demenciou. SET sa zakladá na integratívnom programe zacielenom na osoby s demenciou a ich príbuzných. Rozvoj kompetencií príbuzných vedie k vytvoreniu na zdroje orientovaného a aktivujúceho prostredia pre osoby s demenciou.

### Reminiscencia

Z lat. *reminiscere* – spomínať si, rozpomínať sa, obnoviť v pamäti – predstavuje jednu z dôležitých komunikačných a zároveň aj aktivizačných metód. Využíva sa v práci s osobami vo vyššom veku i u osôb s demenciou. Uplatnenie nachádza v domácom prostredí v rodine, v komunite i vo všetkých formách sociálnych služieb (Matoušek a kol., 2013). Je založená na uznaní hodnoty človeka (validácia), uznaní spomienok pre každého človeka a ich cielenom využívaní v komunikácii, nadväzovaní vzťahu, ako súčasť aktivít alebo v rámci komunitných projektov (Janečková, Vacková, 2009).

Cieľom reminiscencie je zlepšenie kvality života, individualizácia poskytovaných sociálnych služieb, psychosociálna aktivizácia, rozvoj kreativity a posilnenie vedomia vlastnej hodnoty u osôb vo vyššom veku (Matoušek a kol., 2013).

Medzi základné reminiscenčné techniky (Janečková, Vacková, 2009): *verbálne*

*techniky*, ktoré sa zameriavajú na rozprávanie, písanie autobiografie, skupinové spomínanie, besedy, čítanie, recitáciu a *kreatívne techniky* (najmä neverbálneho charakteru), ku ktorým patrí množstvo činností od aktivít denného života, cez tanečné zábavy, divadelné predstavenia, počúvanie hudby, premietanie filmov,

športové zápasy, maľovanie a kreslenie až po výrobu spomienkových krabíc, kufrov, zošitov, kníh života a pod. Jednotlivé činnosti sa realizujú vždy na zvolenú tému, napr. pripomínanie si rôznych štádií životného cyklu, významné udalosti, sviatky a pod. (Obr. 17).



Obr. 17 Tréning reminiscencie pre odborných pracovníkov - zdieľanie o detstve a výroba spomienkových kufríkov (VEGA 1/0372/20).

### Validácia

Validáciu je možné vnímať dvomi spôsobmi - ako terapiu a ako prístup. Validačná terapia je formalizovaná, študovaná a vedená profesionálmi (odbornými pracovníkmi v zdravotnej a sociálnej starostlivosti), ktorí absolvovali výcvik v tejto metóde. Vedenie validačných terapeutických skupín si vyžaduje certifikovaného validačného lektora. Validačný prístup je filozofia, ktorá preniká komunikačnými vzťahmi profesionálov, rodinných príslušníkov, prijímateľov sociálnych služieb a pacientov žijúcich s demenciou. Validačný prístup je inkluzívnejší ako validač-

ná terapia a môže byť aplikovaný tými, ktorí sú v kontakte s pacientom na dennej báze a zabezpečujú validačné prostredie (Volicer, Bloom-Charette, 1999).

Metóda validácie (vo výskume sa používajú synonymné pojmy validačná terapia, validačné techniky, VM) bola vytvorená v šesťdesiatych až osemdesiatych rokoch 20. storočia v Spojených štátoch amerických sociálnou pracovníčkou Naomi Feil (nar. 1932 v Mníchove) a dnes sa používa vo viac ako 30 000 zariadeniach sociálnych služieb v USA, Kanade, v Európe i Austrálii. Okrem toho sa približne

100 000 formálnych i neformálnych opatrovateľov zúčastnilo validačných workshopov (Feil, de Klerk-Rubin, 2015). V súčasnosti existuje 19 vzdelávacích centier zameraných na validáciu podľa N. Feil v krajinách severnej Ameriky, Európy, Číny i Japonska. V SR poskytuje vzdelávanie podujatia zamerané na dezorientované osoby občianske združenie Terapeutika od roku 2011.

Pri validácii ide o techniku rozhovoru, ktorá umožňuje **prístup k skúsenostiam ľudí s demenciou**. Podľa N. Feil potrebujú osoby žijúce s demenciou vonkajšiu pomoc pri riešení vlastnej minulosti. Teoreticky validačné princípy vychádzajú najmä z humanistickej psychológie Maslowa, Rogersa a Maya, ktoré dopĺňajú východiská behaviorálnej a analytickej psychológie. Základné postoje a hodnoty validačných komunikačných techník sú založené predovšetkým na rozhovore centrovanom na klienta podľa C. Rogersa. Riešenie neukončených konfliktov ako hlavné zameranie validácie stavia na Eriksonovej teórii vývinových životných štádií, pričom berie do úvahy ľudské potreby zoradené v Maslowovej pyramíde potrieb (Feil, de Klerk-Rubin, 2015; Kitamura, 2006).

Osoby, ktorým sa N. Feil venovala, charakterizovala z fyzického aj psychologického uhla pohľadu a rozdelila ich do niekoľkých skupín. Ak sa osoba s demenciou nachádza v niektorej z nižšie uvedených kategórií, jej posun do iného štádia nie je zapríčinený iba regresom a jej rozpoloženie môže variovať aj v rámci jedného dňa. Validácia podľa N. Feil označuje posledné štádium života ako štádium spracovania. Osoba s demenciou sa preto vždy nachádza v niektorej zo štyroch fáz spracovania (Feil, de Klerk-Rubin, 2015, s. 72):

#### Fáza I.

nedostatočná orientácia, čiastočná orientácia, nešťastné rozpoloženie;

#### Fáza II.

dezorientácia v čase (strata kognitívnych schopností a orientácie v čase);

#### Fáza III.

opakujúce sa pohyby (nahrádzajúce komunikáciu);

#### Fáza IV.

vegetovanie (úplné stiahnutie sa do seba).

V praxi je rozlišovanie jednotlivých fáz u dezorientovaných ľudí vo vyššom veku pomerne náročné. Z tohto dôvodu Kitamura (2006) bližšie charakterizoval jednotlivé fázy podľa duševných funkcií (najmä podľa verbálnych schopností)

a zároveň ich doplnil o hodnotenie klinickej demencie (Clinical Dementia Rating, CDR; Hughes et al., 1982), ktoré používajú zdravotnícki pracovníci pre diferenciálnu diagnostiku demencie (Tab. 14).

**Tab. 14** Úrovně demencie: Štádia spracovania vo validačnej metóde a klasifikácia hodnotenia klinickej demencie (CDR) (Kitamura, 2006).

	Pred 1. štádiom	1. štádium Malorientácia	2. štádium Časová dezorientácia	3. štádium Repetitívne pohyby	4. štádium Vegetovanie
<b>Vyjadrenie vôle/emócií</b>	Bez problémov	Rozhovor o eidetických predstavách	Prechody medzi reálnym/súčasným a nereálnym/minulým svetom	Používa neverbálne prostriedky	Veľmi málo
<b>Verbálne schopnosti</b>	Bez problémov	Bez problémov	Nekoherentné, ale verbálna komunikácia je možná	Zmysluplná konverzácia je nemožná	Nevypovie nič iné okrem jednoduchých zvukov
<b>CDR</b>	CDR 0,5	CDR 0,5-1	CDR 1-2	CDR 2-3	CDR 3

Základným predpokladom validačnej metódy je, že dezorientácia pacienta s demenciou súvisí so snahou vyhnúť sa stresu, nuda, osamelosti, je tendenciou ujsť z reality (Berg-Weger, Stewart, 2017). Cieľom tzv. dezorientovaných ľudí vo vysokom veku je vo validácii podľa N. Feil „stiahnuť sa z bolestivej prítomnosti nepotrebnosti, znovu zažiť príjemné z minulosti, nuda vyplňať stimuláciou zmyslových spomienok, nevyriešené konflikty riešiť prostredníctvom vyjadrovania emócií“ (Feil, de Klerk-Rubin 2015, s. 54).

„Validovať niekoho znamená prijať jeho emócie, povedať mu, že jeho emócie sú pravdivé“ (Feil, de Klerk-Rubin, 2015, s. 13).

Validačná terapia pozostáva z množstva verbálnych a neverbálnych komunikačných techník špecificky zostavených pre stimuláciu komunikácie a naladenie sa. Je navrhnutá tak, aby empaticky potvrdzovala komunikáciu staršej osoby s demenciou (Toseland et al., 1997). N. Feil medzi validačné techniky zaraďuje (Mitchell, Agnelli, 2015; Janečková, Vacková, 2009):

- centrovanie (vnútorné sústredenie, nastavenie sa pred empatickou komunikáciou);
- empatiu;
- používanie neohrozujúcich konkrétnych otázok (Čo? Kto? Kde? Kedy? Ako?);
- parafrázovanie (preformulovanie) slov;
- používanie polarity (Aké to bolo v tom najhoršom prípade?);
- predstavu protikladov;
- reminiscenciu;
- udržiavanie úprimného očného kontaktu (blízky kontakt, prejavenie náklonnosti);
- používanie nejednoznačných výrazov (Kde vás to bolí? Bola to zábava? Hovorili niečo?);
- používanie príjemného, zreteľného, hlbšieho a milujúceho tónu hlasu;
- zrkadlenie (pozorovanie a opakovanie pohybov a emócií, navodenie empatie);
- spájanie prejavov porúch správania s neuspokojenými potrebami;
- používanie obľúbeného zmyslového vnemu (Ako to znelo? Ako to vyzeralo?);
- dotyk;
- blízkosť;
- používanie hudby.

Validácia môže podporiť procesy spracovania. Prostredníctvom praktických metód verbálneho a neverbálneho charakteru sa usiluje predovšetkým o prístup založený na emóciách a dôvere, pričom v centre pozornosti je subjektívny pocit chorých ľudí (Philipp-Metzen, 2015). Komunikácia s osobou s demenciou sa zameriava menej na obsahovú a omnoho viac na vzťahovú rovinu. Základné kamene validácie zameranej na osoby s demenciou pozostávajú z týchto jedenástich princípov (Feil, deKlerk-Rubin, 2015, s. 70 - 71):

1. „Nedostatočne orientovaní a dezoorientovaní ľudia vo vyššom veku majú hodnotu a sú jedineční.
2. Nedostatočne orientovaní a dezoorientovaní ľudia vo vyššom veku by mali byť akceptovaní takí, akí sú: ne snažiť sa ich zmeniť.
3. Počúvanie s empatiou vytvára dôveru, redukuje úzkosť a prinavracia dôstojnosť.
4. Bolestivé pocity vyjadrené, akceptované a validované cez dôveryhodného poslucháča slabnú. Bolestivé emócie, ktoré sú ignorované a potlačené, sa stávajú silnejšími.
5. Existuje dôvod pre správanie nedostatočne orientovaných a/alebo dezoorientovaných ľudí vo vyššom veku.

6. Správanie nedostatočne orientovaných alebo dezorientovaných ľudí vo vyššom veku môže byť objasnené jednou alebo viacerými ľudskými potrebami, medzi ktoré napríklad patria: spracovanie nevyriešených úloh pred pokojným a vyrovnaným zomieraním; žitie v pokoji; znovuzískanie rovnováhy pri slabnúcim zraku, sluchu, zmenách mobility a vytrácajúcej sa pamäti; dávať zmysel neznesiteľnej realite, nájdenie miesta, kde sa človek cíti šťastne a kde sú rodinné väzby; uznanie, status, identita a sebahodnota; byť užitočný a produktívny; patriť niekam a byť rešpektovaný; vyjadrovať emócie a byť vypočutý; cítiť sa byť milovaný; pocit bezpečia a istoty; zníženie bolesti a komplikácií.
7. Skôr naučené správanie sa vracia, keď verbálne schopnosti a krátkodobá pamäť zlyhávajú.
8. Osobné symboly, ktoré používajú nedostatočne orientovaní a dezorientovaní ľudia vo vyššom veku, predstavujú existujúci ľudia alebo predmety z prítomnosti. Tí reprezentujú ľudí, predmety alebo koncepty z minulosti nabité emóciou. Napr. ruka symbolizuje dieťa, tekutina – mužská sila, gombík – potrava, láska; kolísavý pohyb – matka, istota.
9. Nedostatočne orientovaní a dezorientovaní ľudia vo vyššom veku žijú na rôznych úrovniach vedomia, častokrát v rovnakom čase.
10. Ak sa oslabí päť zmyslov, stimulujú sa nedostatočne orientovaní a dezorientovaní ľudia vo vyššom veku sami tým, že používajú svoj „vnútorný zmysel“. Vidia svojim vnútorným okom a počujú zvuky z minulosti.
11. Príhody, emócie, farby, tóny, pachy, chute a obrazy „tu a teraz“ prebúdajú emócie, ktoré potom spustia podobné emócie z minulosti.“

Validácia podľa N. Feil sa používa dvomi spôsobmi, v individuálnej a skupinovej forme. **Individuálna validácia** sa realizuje v troch krokoch, keď po zozbieraní informácií o osobe s demenciou (1) sa určí fáza, v ktorej sa nachádza (2) a následne sa v pravidelných intervaloch používajú validačné techniky (3). Ako príklad uvádzame prípadovú štúdiu, v ktorej bola použitá individuálna validácia (Shroff, 2014):

„Jack je 75-ročný muž s diagnostikovanou demenciou Alzheimerovho typu. Od smrti manželky pred niekoľkými rokmi býva so svojim synom Mattom. Jack odmieta spať vo svojej posteli a neustále sa sťažuje a obviňuje všetkých a všetko. Je agresívny a jeho syn Matt zvažuje umiestnenie do pobytového zariadenia. Matt nájde pomoc u terapeuta, ktorý absolvoval kurz komunikácie s osobami s ACH pomocou validácie. Keď sa terapeutka Lina prvýkrát stretne s Jackom je svedkom toho, ako sa Jack prechádza po izbe a kričí na svojho syna Matta.

- Jack: Povedal som ti, že je pokazená klimatizácia. Nevidíš, že sa celý potím?
- Matt: Povedal som ti, oci, že klimatizácia je v poriadku.
- Jack: Nazývaš ma klamárom? Nikto mi neverí.
- Matt: Verím ti. Pôjdeme sa najesť niekam von?
- Jack: Neignoruj ma Matt. Naša klimatizácia je pokazená a nechce sa ti ju opraviť.

Problém je v tom, že Jack si je vedomý toho, že trpí inkontinenciou a snaží sa ovládať svoju úzkosť kvôli strachu z toho, čo sa mu ešte môže v budúcnosti stať. Terapeutka Lina sa zoznámí s Jackom a začne pomáhať so situáciou.

- Lina: Matt, myslela som, že si povedal, že si opravil klimatizáciu.
- Matt: Myslel som, že áno.
- Lina: Matt, odvedol si dosť mizernú prácu. Môže byť niekde iný problém alebo zablokovanie?
- Matt: Oci, máš nejaký nápad, čo sa mohlo stať s klimatizáciou?
- Jack: Neviem. Keby som to mohol opraviť, urobil by som to. Myslíš, že mám rád byť mokrý a zápachajúci? Tvoja matka by to nezniesla, keby tu bola.
- Matt: Čo ti pripomína ten zápach?
- Jack: Pripomína mi to nemocnicu so všetkými tými chorými ľuďmi a smradom moču.
- Lina: Matt, máš nejaký osviežovač vzduchu? Skúsme odiaľto dostať tú vôňu, dobre?
- Lina: Matt, máš nejakú vodu po holení alebo kolínsku, ktorú by sme mohli dať Jackovi? Chcel by si to Jack?
- Jack: Áno, čokoľvek, čo ma zbaví tohto zápachu. Synu, naozaj potrebuješ opraviť tento dom, rozpadá sa.

Z Jackovej reči je zrejmé, že nehovorí o dome, ale hovorí o tom, že sa rozpadá jeho vlastné telo. Validovaním toho, čo hovorí Jack, vytvára Lina otvorenú líniu komunikácie, ktorá pomáha znižovať agresivitu a hnev a nahrádza tieto emócie prijatím. Implementácia validácie môže zmierniť utrpenie medzi opatrovateľom a osobou s ACH a môže zlepšiť kvalitu medziľudskej komunikácie, čo môže viesť k zlepšeniu kvality života opatrovateľa aj osoby s ACH“.

**Skupinová validácia** (Obr. 18) je rozsiahlejší proces pozostávajúci zo spoznania (1) a výberu členov skupiny (2), nájdenie vhodnej role pre každého člena skupiny (3) a zapojenie sa odborného personálu zariadenia (4). Obsahom skupinovej validá-

cie je hudba, rozhovor, pohyb a jedenie v pevne stanovenom čase (5). Veľmi dôležitá je pritom príprava (6) a pravidelná realizácia stretnutia (7) (Feil, de Klerk-Rubin, 2015).



**Obr. 18** Tréning skupinovej validácie pre odborných pracovníkov (VEGA 1/0372/20).

### **Integratívna validácia (IVA)**

Do metódy nazvanej Integratívna validácia rozpracovala metódu validácie podľa N. Feil psychogerontologička Nicol Richard (1957 –2014). IVA vznikla v deťadesiatych rokoch 20. storočia na základe výsledkov stretávania sa päťročnej expertnej skupiny odborníkov z oblasti sociálnej a zdravotnej starostlivosti v Nemecku. Východiskom IVA je poznanie, že ľudia s niektorou formou demencie žijú vo svojom vnútornom svete. Metóda

sa orientuje na zdroje, pocity a potreby osôb s demenciou. Pocitom u osôb s demenciou je ponechaný priestor pre ich spontánne a priame vyjadrenie. Prostredie je ich jediným kompasom (Richard, 2009). IVA reflektuje typické potreby osôb s demenciou, akými sú pohoda, inklúzia, spojenie a identita (Erdmann, Schnepp, 2016).

V porovnaní s metódou podľa N. Feil sa táto metóda osvojuje jednoduchšie, pretože jej používateľ nepotrebuje explicit-



ne poznať jednotlivé štádiá dezorientácie a používa jednoduché rituály. Okrem toho sa pri nej nekladú žiadne otázky, ktoré sú pre osoby s poruchou kognitívnej schopnosti ťažko zodpovedateľné, čím môžu spôsobiť stresové situácie. Nezaoberá sa ani interpretáciou symbolov (Erdmann, Schnepf, 2013). Použitie metódy IVA je rozšírené v mnohých krajinách sveta, tréningové kurzy sa realizujú v Nemecku, Rakúsku, Švajčiarsku, Taliansku, Chorvátsku a v Českej republike (Erdmann, Schnepf, 2016).

### **Efektívnosť validácie podľa N. Feil**

Validácia podľa N. Feil je jednou z najznámejších psychosociálnych intervencií pre osoby vo vyššom veku žijúce s demenciou (Deponce, Missan, 2007). Napriek jej celosvetovému využívaniu v inštitucionálnej starostlivosti o osoby s demenciou sa v rámci vedeckého výskumu venuje tejto metóde pomerne malá pozornosť (Toseland et al., 1997). Základná dôkazová účinnosť validačnej terapie je malá, prináša zmiešané zistenia (Kitamura, 2006) a predstavuje jednu z najväčších prekážok jej ďalšieho rozvoja (Janečková in Matoušek a kol., 2013). Prehľad doterajších zistení o efektívnosti validácie sa odvíja od výskumu N. Feil v rokoch 1971 a 1976 (Feil, deKlerk-Rubin, 2015). Napriek argumentácii samotnej N. Feil za efektívnosť validácie, výsledky ďalších výskumov ne-

prinášajú potrebné ani dostatočne silné dôkazy (Neal, Wright, 2003). V dostupných prehľadových štúdiách bola síce zistená efektívnosť validácie vzhľadom k BPSD (Meyer, O'Keefe, 2018; Abrahama et al., 2017; Testad et al., 2014), dôkazy iných prehľadov však boli nedostatočné (Livingston et al., 2015; O'Neil et al., 2011; O'Connor et al., 2009). Neurčitý efekt validácie vo vzťahu k apatii u osôb s demenciou zaznamenali v prehľade prehľadov Cai et al. (2020).

N. Feil (1971, 1976) z 30 pacientov s organickým poškodením mozgu u 29 osôb pozorovala pozitívny nárast správania, 8 ľudí vykazovalo zníženie negatívnych afektov a 11 účastníkov vykazovalo strach a viac sociálneho záujmu. „Pozitívne správanie znamenalo napríklad pozorný, smejúci sa, zapodievať sa aj druhými, vyjadrovanie strachu a radosti, bez obmedzenia. Negatívne správanie sa prejavovalo uzavretou pozíciou sedu, nepokojom, neustálym chodením, neschopnosťou pozeráť sa na druhých, reč bola nahradená pohybmi, udieraním, klopaním, škriabaním alebo atypickým správaním“ (Feil, deKlerk-Rubin, 2015, s. 164).

V systematickom prehľade personalizovaných psychosociálnych postupov pre BPSD Testad et al. (2014) identifikovali dve štúdie. Prvá štúdia o validačnej

terapii a senzorickej reminiscencii sa realizovala 12 týždňov (45 až 60 minút týždenne) a zistené bolo signifikantné zlepšenie behaviorálnych porúch (Deponte, Missan, 2007). Druhá štúdia obsahujúca individuálnu validáciu (20 minút trikrát týždenne) a skupinovú validáciu (45 až 60 minút týždenne) zaznamenala zníženie agitácie, apatie, podráždenosti a nočného rušenia (Tondi et al., 2007).

Abraha et al. (2017) v systematickom prehľade systematických prehľadov nefarmakologických intervencií pre liečbu behaviorálnych porúch osôb vo vyššom veku s demenciou zaradili validáciu do skupiny kognitívno-emocionálne orientovaných intervencií a identifikovali jeden systematický prehľad zameraný na evaluáciu efektívnosti validačnej terapie vo vzťahu k BPSD, ktorý analyzoval tri samostatné štúdie. V oblasti správania uvádzajú Neal, Wright (2003) signifikantné výsledky týkajúce sa porovnania validačnej metódy s bežnou starostlivosťou (v orig. usual care) v prospech validačnej terapie v štúdií Peoples (1982, nepublikované dáta in Neal, Wright 2003). Hodnotené intervencie boli realizované počas šiestich týždňov v dĺžke trvania 29 až 30 minút týždenne a pozostávali z validačnej terapie, na realitu orientovanej skupiny a z bežnej starostlivosti. V oblasti emočného rozpoloženia v samostatnej

štúdií Toselanda et al. (1987) boli pre validáciu zistené signifikantné výsledky pri meraniach v súvislosti s depresiou. Štatisticky nesignifikantné rozdiely boli zistené medzi validáciou a sociálnym kontaktom a medzi validáciou a bežnou starostlivosťou. Tretia štúdia Robba, Stegmana a Wolanina (1986) neodhalila efekt validácie na správanie. Reliabilné dôkazy efektívnosti validácie zatiaľ neboli predložené z dôvodu absencie väčších škál experimentov. Výsledky štúdie v diplomovej práci Peoples (1982) naznačujú pozitívne benefity v oblasti správania, ale dôkazy sú nedostatočné. Dôvodom je veľmi nízky počet dostupných informácií zameraných na efektívnosť validácie (Neal, Wright, 2003).

V prehľade prehľadov sa Meyer, O'Keefe (2018) zamerali na nefarmakologické intervencie pre osoby s demenciou v pobytových zariadeniach sociálnych služieb. Zistili, že najsilnejšie dôkazy sú pre redukciiu problematickeho správania, ku ktorej viedla hudobná a senzoricá stimulácia, simulovaná prezencia a validácia. Autori tiež priniesli výsledky evaluácie vhodnosti zahrnutých nefarmakologických intervencií, podľa ktorých je validačná metóda nízko-nákladová, vyžaduje tréning na strednej úrovni a nie sú k nej potrebné žiadne špeciálne služby.

Na druhej strane je dôležité vedieť, že validácia nie je účinná pri terapii negatívneho správania u viacerých skupín ľudí žijúcich s demenciou. Jej používanie je limitované u osôb s históriou duševnej choroby, s chorobami ako sú choroba s Levyho telieskami, Pickova choroba, Parkinsonova choroba a Creutzfeld-Jacobova choroba a osôb so skorým nástupom Alzheimerovej choroby. Keďže tieto osoby nie sú dezorientované kvôli deteriorácii fyzických funkcií, strate sociálnych rolí alebo straty blízkych osôb, dezorientácia sa u nich neprejavuje silnými emóciami súvisiacimi s ich minulosťou. Ďalšiu skupinu tvoria dezorientovaní seniori vo veku nad 80 rokov, ktorí sa neprejavujú poruchami správania. Tieto osoby sa neprejavujú krízami, nemajú príležitosť vyjadriť svoje pocity, a preto sa rýchlejšie presunú do závažnejších štádií dezorientácie (Kitamura, 2006).

Z pohľadu poskytovateľov starostlivosti Sánchez-Martínez et al. (2021) zistili, že validácia môže byť efektívnym nástrojom, ktorý uľahčuje komunikáciu a interakciu, znižuje úroveň stresu a pracovnú nespokojnosť u odborných pracovníkov (formálnych opatrovateľov) v pobytových sociálnych službách. Jedna zo skúmaných štrnástich samostatných štúdií zahrnula aj príbuzných ako cieľovú skupinu pre tréning a implementáciu validačnej metódy (Canon, 1995).

Aj napriek vyššie uvedených kontroverzným zisteniam sa validácia považuje za psychosociálnu intervenciu s (relatívne) nízkymi nákladmi, ktorá môže byť integrovanou súčasťou starostlivosti a po absolvovaní komunikačného tréningu môže byť implementovaná aj neformálnymi opatrovateľmi v domácom prostredí osoby žijúcej s demenciou. Negatívne účinky validácie sa prejavujú minimálne. Aj keď existuje riziko, že by sa individuálne pocity tiesne (distresu) mohli validačnou terapiou prehýbiť, ak by opatrovateľ nebol dostatočne pripravený na zmiernenie týchto pocitov (Scales, Zimmermann, Miler, 2018). Skúsenosti lektoriek však svedčia o tom, že znalosť a uplatňovanie metódy validácie jednoznačne znižuje zúfalstvo príbuzných ľudí vo vyššom veku žijúcich s demenciou (Fercher, Sramek, 2020), k čomu by mohol smerovať aj ďalší výskum (Sánchez-Martínez et al., 2021).

Z uvedených komunikačných metód sa u nás v praxi používa validácia, ktorá sa často poskytuje spolu s reminiscenčnou terapiou a sensorickou stimuláciou, ako súčasť na emócie orientovanej starostlivosti v demencii (Finnema et al., 2000).

## VYUŽÍVANIE REMINISCENCIE A VALIDÁCIE - VÝSLEDKY VÝSKUMU

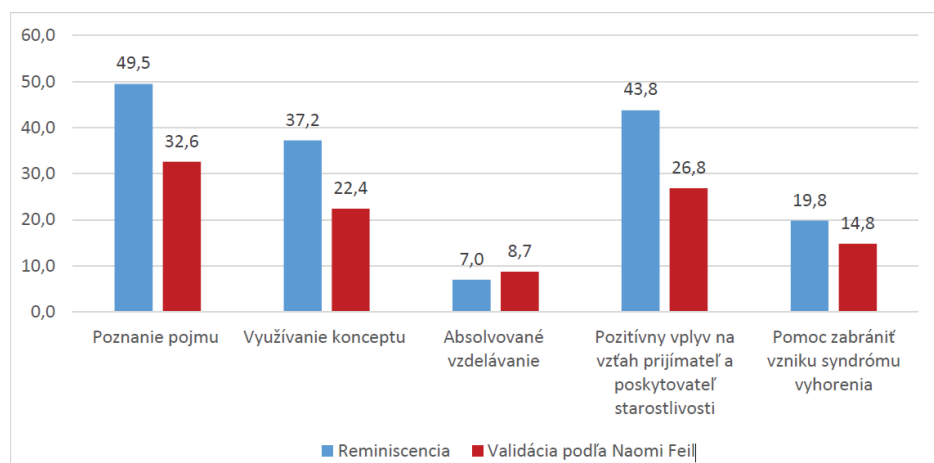
Graf 4 prezentuje odpovede neformálnych opatrovateľov osôb s demenciou v našej výskumnej vzorke. Zistovali sme, aké sú ich poznatky, používanie, hodnotenie a záujem o tréning v reminiscencii a vo validácii. Pojem reminiscencia poznalo 49,5 % respondentov (n = 47). Správnu definíciu reminiscencie (t.j. pripomínanie si udalostí zo života človeka – osamote, spolu s inou osobou, či v skupine) uviedlo 72,6 % opýtaných (n = 61). Koncept reminiscencie využíva 37,2 % (n = 29). Pojem validácia („Validácia podľa N. Feil“) poznalo 32,6 % respondentov (n = 31). Správnu definíciu validácie (t.j. komunikačná metóda k uznaniu a po-

tvrdeniu hodnoty osobnosti „dezorientovaného“ človeka) uviedlo 51,2 % osôb (n = 43). Iba 22,4 % respondentov (n = 17) koncept validácie sami využívali.

Na otázku: „Myslíte si, že využitie konceptu reminiscencie / validácie pozitívne ovplyvňuje vzťah medzi prijímateľom a poskytovateľom starostlivosti?“ uviedlo odpoveď „určite áno“ pri reminiscencii 43,8 % (n = 35) a pri validácii 26,8 % (n = 22) respondentov. Z tých, ktorí odpovedali, 19,8 % (n = 16) sa domnieva, že reminiscencia určite pomáha zabrániť vzniku syndrómu vyhorenia a len 14,8 % (n = 12) sa domnieva, že validácia určite pomáha zabrániť vzniku syndrómu vyhorenia.

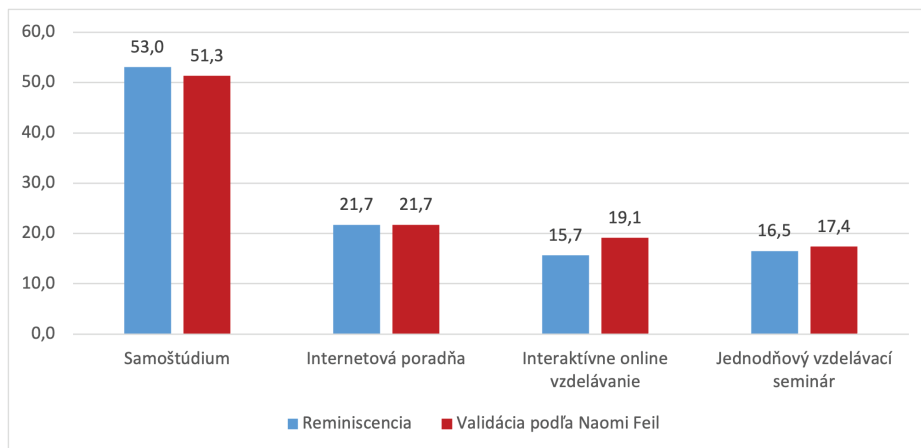
Vzdelávací program v oblasti reminiscencie a validácie absolvovalo 7,0 resp. 8,7 % respondentov raz alebo opakovane (Graf 4).

**Graf 4** Skúsenosti a postoje neformálnych opatrovateľov osôb s demenciou k využívaniu reminiscencie a validácie - odpovede v % (Nemčíková, 2022).



Neformálni opatrovatelia vyjadrili záujem získať bližšie informácie o reminiscencii resp. validácii rôznymi edukačnými formami (Graf 5). Najpreferovanejšou formou edukácie v našom výskume bolo samoštúdium odborných teoretických poznakov (53,0 % pri reminiscencii a 51,3 % pri validácii) a tiež značný záujem o internetové poradenstvo (21,7 %) alebo interaktívne online vzdelávanie.

**Graf 5** Preferovaná forma vzdelávania v reminiscencii a vo validácii (odpovede v %) (Nemčíková, 2022).



Slovensko patrí medzi krajiny, v ktorých bolo zatiaľ uskutočnených relatívne málo štúdií zameraných na opatrovateľskú záťaž súvisiacu so starostlivosťou o ľudí s demenciou. Navyše, doterajšie štúdie sa tejto problematike venovali skôr z pohľadu ošetrovateľstva (Fertalová, Ondriová, 2022; Klimová a kol., 2020) než z perspektívy verejného zdravia. Pozornosť je tiež venovaná dôsledkom vykonávania pomáhajúcich profesií v sociálnej oblasti (Mesárošová a kol., 2017). Opatrovateľská záťaž u neformálnych opatrovateľov a odborných pracovníkov, ktorí sa starajú o pacientov s rôznymi choroba-

mi, sa však môže líšiť. Zistenia našej štúdie prinášajú lepšie porozumenie záťaži opatrovateľov osôb s demenciou v komunitnom prostredí na Slovensku.

Nami potvrdené asociácie vyššej záťaže s nižšou vnímanou sociálnou oporou a nižšou pozitívnou skúsenosťou s neformálnym opatrovaním poukazujú na potrebu psychosociálnych a edukačných intervenčných programov zameraných na emócie, najmä u neformálnych opatrovateľov s vyššou intenzitou starostlivosti. Tieto programy môžu posilniť ich sociálnu oporu, zachovať pozitívne

vnímanie starostlivosti a pomôcť znížiť ich riziko opatrovateľskej záťaže.

Významné asociácie vyššej záťaže s vyššou mierou depresie, anxiety, s nižším pozitívnym postojom k role opatrovateľa a vyššou mierou dysfunkčnosti vlastnej rodiny zase poukazujú na náročnosť po-

skytovania odbornej dlhodobej starostlivosti. Používanie skríningových nástrojov duševného zdravia umožňuje rozpoznať odborných pracovníkov vo vyššom riziku a plánovať včasné preventívne zásahy na zníženie pracovnej záťaže a syndrómu vyhorenia vo formálnej starostlivosti o osoby s demenciou.

# ODPORÚČANIA PRE POLITIKU A PRAX

Prierezové dáta zozbierané v rámci realizácie projektu *Využitie ekosociálnych a behaviorálnych intervencií v prevencii záťaže opatrovateľov osôb s Alzheimerovou chorobou* (VEGA 1/0372/20) u 115 neformálnych opatrovateľov osôb s demenciou a 105 odborných pracovníkov priniesli doteraz nasledovné zistenia:

- Neformálnymi opatrovateľmi a odbornými pracovníkmi podieľajúcimi sa na poskytovaní starostlivosti osobám s demenciou boli oveľa častejšie ženy.
- Neformálnymi opatrovateľmi boli častejšie ľudia s vysokoškolským vzdelaním a ľudia, ktorí sú sami súčasne zamestnaní a ľudia, ktorých priemerný vek bol oproti odborným pracovníkom o 5,4 roka vyšší.
- Oproti odborným pracovníkom bola síce priemerná dĺžka opatrovania osoby s demenciou u neformálnych opatrovateľov o 3,1 roka kratšia, avšak intenzita opatrovania bola vyššia - u viac ako polovice neformálnych opatrovateľov dosahovala viac ako 40 hodín týždenne.
- Možnosť spolupráce s odbornými pracovníkmi prostredníctvom dostupných terénnych služieb (opatrovateľská služba, ADOS) a/alebo ambulantných služieb (špecializované zariadenie) využívala necelá tretina neformálnych opatrovateľov.
- U viac ako polovice neformálnych opatrovateľov bola zistená vysoká záťaž, kým prevažná väčšina odborných pracovníkov vykazovala nízku opatrovateľskú záťaž (ZBI-12).
- Najviac neformálnych opatrovateľov vykazovalo slabú mieru sociálnej opory, kým u polovice odborných pracovníkov bola zistená stredná miera sociálnej opory (OSSS-3).
- Vyššia opatrovateľská záťaž u neformálnych opatrovateľov bola štatisticky významne asociovaná s nižšou vnímanou sociálnou oporou, s nižším pozitívnym postojom k vlastnej roľi opatrovateľa, s nižšou intenzitou opatrovania a s vyšším vzdelaním.
- Vyššia opatrovateľská záťaž u odborných pracovníkov bola štatisticky významne asociovaná s vyššou mierou depresie, anxiety, s nižším pozitívnym postojom k vlastnej roľi poskytovateľa starostlivosti a s vyššou mierou dysfunkčnosti vlastnej rodiny.
- Konečný model, testovaný pomocou viacnásobnej regresnej analýzy, zahŕňajúci vek, pohlavie, vzdelanie, reminiscenciu, validáciu, sociálnu oporu, pozitívnu skúsenosť s opatrovaním a intenzitu starostlivosti, vysvetľoval 47 % celkovej variácie subjektívnej opatrovateľskej záťaže u neformálnych opatrovateľov, pričom štatisticky významný zostal podiel sociálnej opory, pozitívnej skúsenosti s opatrovaním a vzdelania.

Na základe vyššie uvedených doterajších výskumných zistení a skúseností nadobudnutých počas realizácie pilotných intervencií, vrátane preštudovaných na dôkazoch založených poznatkoch, dovoľujeme si v súvislosti so znižovaním záťaže u opatrovateľov osôb s demenciou vysloviť **nasledovné odporúčania pre politiku a prax na Slovensku:**

Výzva na uznanie demencie ako jednej z globálnych priorít verejného zdravotníctva, vytvorenie Európskej stratégie pre demenciu a národných stratégií je súčasťou Glasgowskej deklarácie (2014). Viaceré krajiny (napr. Kanada, Nový Zéland, UK) v posledných rokoch už zareagovali na narastajúci výskyt demencie a postupne narastá aj počet krajín EÚ, ktoré rozvíjajú národné stratégie proti demencii. Podľa informácií organizácie Alzheimer Europe dostupných na <https://www.alzheimer-europe.org/policy/national-dementia-strategies>, **Slovensko zatiaľ nemá stratégiu na riešenie demencie ako politickej priority v oblasti verejného zdravia na národnej úrovni.**

#### **Odporúčanie 1.1**

Vypracovať a prijať národnú stratégiu proti demencii ako východiskový dokument pre zmierňovanie narastajúceho výskytu demencií a zlepšenie starostlivosti o osoby s demenciou a ich neformálnych opatrovateľov.

#### **Odporúčanie 1.2**

Pri implementácii Plánu obnovy (Komponent 12 a 13) a Stratégie dlhodobej starostlivosti v SR klásť dôraz aj na prevenciu demencie a špecifické potreby osôb s demenciou a ich neformálnych opatrovateľov napr. pri dopĺňaní siete psychiatrických stacionárov, budovaní psycho-sociálnych centier, rozširovaní kapacít komunitnej sociálnej starostlivosti.

Súčasná legislatíva (napr. Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v aktuálnom znení) nereflektuje dostatočne špecifické potreby osôb s demenciou a ich neformálnych opatrovateľov.



### **Odporúčanie 2.1**

Rozšíriť dostupnosť sociálnych služieb v ambulantnom špecializovanom zariadení pre osoby vo včasných štádiách demencie tj. umožniť využívanie týchto služieb aj ľuďom s nižším ako V. alebo VI. stupňom OPIO s cieľom zmierňovať progresiu choroby a podporiť dlhšie zotrvanie osoby s demenciou v domácom prostredí.

### **Odporúčanie 2.2**

Pre lepšie zvládnutie akútnej stresovej situácie pacienta s demenciou rozšíriť dostupnosť terénnej opatrovateľskej služby pri prechodnom umiestnení v ústavnej zdravotnej starostlivosti tj. umožniť zapojenie opatrovateľa do starostlivosti aj počas hospitalizácie, vrátane jej finančného krytia.

### **Odporúčanie 2.3**

Rozšíriť dostupnosť terénnej opatrovateľskej služby pre osoby s demenciou v ťažkom štádiu cez možnosť využívania tejto služby vo väčšom rozsahu ako 12 hodín denne, vrátane jej finančného krytia, tj. aj vo večerných a nočných zmenách.

### **Odporúčanie 2.4**

Umožniť väčšiu flexibilitu pri využívaní kombinovaných terénnych a ambulantných sociálnych služieb s ohľadom na komplexné a často sa meniace potreby osôb s demenciou

Na Slovensku nebola zatiaľ zrealizovaná epidemiologická štúdia o počte osôb s Alzheimerovou chorobou a inými demenciami (Čunderlíková a kol., 2021). Dôslednejšie sledovanie demencie (surveillance) poskytne lepší prehľad o rizikových populačných skupinách z hľadiska vzniku a rozvoja demencie, podporí lepšiu identifikáciu ich zdravotných potrieb a potrieb ich poskytovateľov starostlivosti.

### **Odporúčanie 3.1**

Zlepšiť dostupnosť dát o skutočnom počte osôb s demenciou cez uskutočňovanie epidemiologických štúdií.

### **Odporúčanie 3.2**

Viesť databázu neformálnych opatrovateľov prostredníctvom dát zbieraných v rámci štátnych štatistických zisťovaní, zdravotnými poisťovňami a pod. s cieľom implementácie intervencií sociálnej opory.

Základom účinnej prevencie demencií a kvalitnej dlhodobej starostlivosti o osoby s demenciou je dobre vyškolená pracovná sila, ktorá má potrebné vedomosti a zručnosti a k dispozícii adekvátne zdroje (financie, materiálno-technické vybavenie).

#### **Odporúčanie 4.1**

Zabezpečiť odborným pracovníkom prístup k adekvátnym personálnym a finančným zdrojom a vzdelávaniu potrebnému k realizácii preventívnych intervencií a poskytovaní kvalitnej starostlivosti osobám s demenciou.

#### **Odporúčanie 4.2**

Vytvoriť podmienky pre implementáciu štandardných preventívnych, diagnostických a terapeutických postupov, porozumieť prekážkam pri ich používaní, vyhodnocovať účinnosť ich implementácie.

Prístup populácie k informáciám o demencii, k osvedčeným postupom v prevencii a starostlivosti zvyšuje povedomie verejnosti a podporuje rovnosť v zdraví. Budovanie prostredí priateľských demencii je jedným z nástrojov podpory sociálnej inklúzie osôb s demenciou a ich neformálnych opatrovateľov na komunitnej úrovni.

#### **Odporúčanie 5.1**

Zlepšovať informovanosť verejnosti o dostupných možnostiach prevencie, včasnej diagnostiky, liečby a dlhodobej post-diagnostickej komunitnej starostlivosti – prostredníctvom odborných pracovníkov v zdravotníckych zariadeniach; štátnych inštitúcií (ÚPSVaR SR, Sociálna poisťovňa); samosprávy (VÚC, obce) a médií.

#### **Odporúčanie 5.2**

Na základe príkladov dobrej praxe z iných krajín aplikovať pri vytváraní inkluzívnych komunit priateľských k demencii nasledovné prístupy:

- a) aktívne zapojenie ľudí s demenciou a ich neformálnych opatrovateľov;
- b) inkluzívny environmentálny dizajn;
- c) vzdelávanie verejnosti s cieľom znížiť stigma a zvýšiť informovanosť.

---

*„Byť osobou je status, priznaný človeku  
v kontexte vzťahov a sociálneho bytia.  
Jeho základom je uznanie, rešpekt a dôvera.“*

**T. KITWOOD**



Zdroj: Livingston G. et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission

[www.alzint.org](http://www.alzint.org)



## Pohľadnica - 12 rizikových faktorov demencie



Ak sú tieto signály novovzniknuté, môžu byť príznakmi demencie. Demencia nie je prirodzenou súčasťou starnutia. Kontaktujte svojho všeobecného lekára.

[www.alzint.org](http://www.alzint.org)



## Pohľadnica - 10 varovných signálov demencie

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ABRAHA, I. et al. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open* 2017;7:e012759. doi:10.1136/bmjopen-2016-012759. [cit. 20.12.2022]. Dostupné na internete: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/3/e012759.full.pdf>

ALZHEIMER EUROPE. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019*. [cit. 11.11.2021]. Dostupné na internete: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>.

ALZHEIMER´S DISEASE INTERNATIONAL. (2018<sup>a</sup>). *About Alzheimer´s & dementia*. [cit. 20.03.2020]. Dostupné na internete: <https://www.alz.co.uk/about-dementia>.

ALZHEIMER´S DISEASE INTERNATIONAL. (2018<sup>b</sup>). *World Alzheimer Report 2018 - The state of the art of dementia research: New frontiers*. [cit. 20.03.2020]. Dostupné na internete: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf?2>.

ALZHEIMER´S ASSOCIATION. (2017). Alzheimer´s disease facts and figures - Alzheimer´s & Dementia. *The Journal of the Alzheimer´s Association*. April 2017. Volume 13, Issue 4, Pages 325-373. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.02.001>.

ANDRIEU, S. et al. (2017). Effect of long-term omega 3 polyunsaturated fatty acid supplementation with or without multidomain intervention on cognitive function in elderly adults with memory complaints (MAPT): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol*. 2017;16(5):377-389. DOI:10.1016/S1474-4422(17)30040-6.

ANTOMARINI, M. et al. (2016). *Dementia and psychiatric comorbidity symptoms assessment handbook*. CAREGIVERSPRO-MMD PROJECT. <https://ec.europa.eu/research/participants/documents/downloadPublic?documentIds=080166e5a-89a2fbf&appId=PPGMS>

AUER S. et al. (2015). Professional Care Team Burden (PCTB) scale - reliability, validity and factor analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2015 Feb 7;13:17. doi: 10.1186/s12955-014-0199-8. PMID: 25881204; PMCID: PMC4340099.

BAUMGART, M. et al. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population based perspective. *Alzheimer´s*

& *Dementia*. Volume 11, Issue 6, June 2015, Pages 718-726. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.05.016>.

BÉDARD, M. et al. (2001). The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *Gerontologist*. 2001 Oct;41(5):652-7. doi: 10.1093/geront/41.5.652. PMID: 11574710.

BERG-WEGER, M., STEWART, D.B. (2017). Non-Pharmacologic Interventions for Persons with Dementia. *Mo Med*. 114(2):116-119. PMID: 30228557.

BØEN, H., DALGARD, O.S., BJERTNESS, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatr*. 2012 Jun 8;12:27. doi: 10.1186/1471-2318-12-27. PMID: 22682023; PMCID: PMC3464708.

BRODATY, H., DONKIN, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2009;11(2):217-28. doi: 10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty. PMID: 19585957; PMCID: PMC3181916.

BUIJSSEN, H. (2005). *Demence*. Praha : Portál, 2005. 59 s. ISBN: 80-7367-081-X.

CAI, Y. et al. (2020). The effectiveness of non-pharmacological interventions on apathy in patients with dementia: a systematic review of systematic reviews. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(4), 311-318.

CANON, R.L. (1995). The effect of validation therapy training on satisfaction with communication and quality of relationship between staff and family caregivers and demented residents in long term care. Doctoral dissertation, Southwest Texas State University [online]. [cit. 08.05.2022]. Dostupné na internete: [https://vfvalidation.org/wp-content/uploads/2015/08/Canon\\_Effect\\_of\\_Valdation\\_Therapy.pdf](https://vfvalidation.org/wp-content/uploads/2015/08/Canon_Effect_of_Valdation_Therapy.pdf)

ČUNDERLÍKOVÁ, M. a kol. (2021). Nefarmakologické metódy a prístupy v liečbe demencií. Štandardný postup MZ SR. [cit. 30.05.2021]. Dostupné na internete: <https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/17-03-2021/Nefarmakologicke-metody-a-pristupy-v-liecbе-demencii.pdf>

de OLIVEIRA, D. et al. (2015). Ageing and Quality of Life in Family Carers of People with Dementia Being Cared for at Home: a Literature Review. *Quality in Primary Care*,

23(1), 18–30. [cit. 25.07.2019]. Dostupné na internete: <http://primarycare.imedpub.com/ageing-and-quality-of-life-in-family-carers-of-people-with-dementia-being-cared-for-at-home-a-literature-review.pdf>.

DEPONTE, A., MISSAN, R. (2007). Effectiveness of validation therapy (VT) in group: preliminary results. *Archives of gerontology and geriatrics*, 44(2), 113-117.

EL-HAYEK, Y.H. et al. (2019). Tip of the Iceberg: Assessing the Global Socioeconomic Costs of Alzheimer's Disease and Related Dementias and Strategic Implications for Stakeholders. *J Alzheimers Dis.* 2019;70(2):323–341. doi:10.3233/JAD-190426.

ERDMANN, A., SCHNEPP, W. (2016). Conditions, Components and Outcomes of Integrative Validation Therapy in a Long-Term Care Facility for People with Dementia. A Qualitative Evaluation Study. In *Dementia* [online]. 2016, vol. 15, no. 5, p. 1184–1204. [cit. 22.08.2019]. Dostupné na internete: 10.1177/1471301214556489. ISSN 1552-5279.

ERDMANN, A., SCHNEPP, W. (2013). Integrative Validation (IVA) im Pflegeheim: Entwicklung eines Forschungsdesigns für eine Qualitative Evaluationsstudie. In *Pflegewissenschaft* [online]. 2013, vol. 6, no. 13, p. 325–332. [cit. 22.08.2019]. Dostupné na internete: 10.3936/1218. ISSN 1662-3029.

EVANS, K.L. et al. (2019). The impact of within and between role experiences on role balance outcomes for working Sandwich Generation Women. *Scand J Occup Ther.* 2019 Apr;26(3):184-193. doi: 10.1080/11038128.2018.1449888. Epub 2018 Mar 15. PMID: 29540096.

FEIL, N., de KLERK-RUBIN, V. (2015). *Validácia ®. Cesta ako porozumieť dezorientovaným starým ľuďom*. Bratislava : Občianske združenie TERAPEUTIKA, 2015. 186 s. ISBN 9 788097 176617.

FERCHER, P., SRAMEK, G. (2020). *Mosty do sveta demencie*. Bratislava : Občianske združenie TERAPEUTIKA, 2020. 163 s. ISBN 978-80-971766-2-4.

FERTAĽOVÁ, T., ONDRIOVÁ, I. (2022). Dlhodobá starostlivosť o chorých s demenciou. Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníckych odborov. 2020. ISBN 978-80-555-2972-1 (print), ISBN 978-80-555-2983-7 (online).

FINNEMA, E. et al. (2000). The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature. In *International Journal*

of *Geriatric Psychiatry* [online]. 2000, vol. 15, no. 2, p. 141–160. [cit. 03.05.2022]. Dostupné na internete: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(200002\)15:2<141::AID-GPS92>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(200002)15:2<141::AID-GPS92>3.0.CO;2-5). ISSN: 1099-1166.

GAZDÍKOVÁ, K. a kol. (2021). *Všeobecné lekárstvo*. Bratislava : Solen, s.r.o., 2021. 1 552 s. ISBN 978-80-89858-23-1.

GIBB, M. et al. (2019). *The Next Steps: Dementia post-diagnostic support guidance*. Tullamore: National Dementia Office. [cit. 22.08.2019]. Dostupné na internete: [https://dementia.ie/wp-content/uploads/2020/01/The\\_Next\\_Steps\\_Interactive\\_PDF-1.pdf](https://dementia.ie/wp-content/uploads/2020/01/The_Next_Steps_Interactive_PDF-1.pdf)

GILHOOLY, K.J. et al. (2016). A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatr.* 2016;16:106.

GROSSMAN, M.R., GRUENEWALD, T.L. (2017). Caregiving and Perceived Generativity: A Positive and Protective Aspect of Providing Care? *Clinical Gerontologist.* 40:5, 435-447, DOI: 10.1080/07317115.2017.1317686.

GROSSMAN, J., ŠLEPECKÝ, M., ŠIŠILOVÁ, A. (2021). Štandardný diagnostický, preventívny a liečebný postup pre psychologický manažment pacienta so syndrómom demencie. Štandardný postup MZ SR. [cit. 25.07.2022]. Dostupné na internete: [https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/1-10-2021/12\\_4-SDTP-postup-pre-psychologicky-manazment-pacienta-so-syndromom-demencie.pdf](https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/1-10-2021/12_4-SDTP-postup-pre-psychologicky-manazment-pacienta-so-syndromom-demencie.pdf).

HAJDÚK, M. a kol. (2021). *NEUROPSY. Štandardizácia neuropsychologickej testovej batérie na dospeljej slovenskej populácii*. Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave. ISBN 978-80-223-5065-5.

HAUKE, M. a kol. (2017). *Když do života vstoupí demence aneb Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: APSS ČR, 2017. 308 s. ISBN 978-80-906320-7-3.

HEIMERL, K., REITINGER, E., EGGENBERGER, E. (2011). *Frauen und Männer mit Demenz. Handlungsempfehlungen zur person-zentrierten und gendersensiblen Kommunikation für Menschen in Gesundheits- und Sozialberufen*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. 88 p. [cit. 25.07.2019]. Dostupné na internete: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=486>.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, I. a kol. (2009). *Péče o pacienty s kognitívní*

poruchou. Praha: Česká alzheimerovská společnost, Gerontologické centrum, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

HRINDOVÁ, M., FABIÁNOVÁ, Z. (2020). *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s demenciou*. Štandardný postup MZ SR. [cit. 20.12.2022]. Dostupné na internete: [https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/24-3-2020/2\\_Os\\_KOM\\_pacienta\\_s\\_demenciou.pdf](https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/24-3-2020/2_Os_KOM_pacienta_s_demenciou.pdf).

HUGHES, C.P. et al. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry*. 1982 Jun;140:566-72. doi: 10.1192/bjp.140.6.566. PMID: 7104545.

CHAPPELL, N.L., & Reid, R.C. (2002). Burden and well-being among caregivers: examining the distinction. *The Gerontologist*, 42(6), 772-780.

CHEN, M.L. (2016). The growing costs and burden of family caregiving of older adults: a review of paid sick leave and family leave policies. *Gerontologist* 56: 391-396. 11.11.2019 14:25.

CHOU, K.R. (2000). Caregiver burden: a concept analysis. *Journal of pediatric nursing*, 15(6), 398-407.

JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. (2009). *Reminiscence. Využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2009. 152 s. ISBN 978-80-736-7581-3.

JORM, A.F. A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. *Psychol Med*. 1994 Feb;24(1):145-53. doi: 10.1017/s003329170002691x. Erratum in: *Psychol Med* 1995 Mar;25(2):437. PMID: 8208879.

KARLAWISH, J. et al. (2017). Alzheimer's disease: The next frontier - Special Report 2017. *Alzheimer's & Dementia* 13 (2017) 374-380. doi: 10.1016/j.jalz.2017.02.006. Epub 2017 Mar 14. PMID: 28314660.

KIM, G.M. et al. (2018). A model of adaptation for families of elderly patients with dementia: focusing on family resilience. *Aging Ment Health*. 2018 Oct;22(10):1295-1303. doi: 10.1080/13607863.2017.1354972. Epub 2017 Jul 19. PMID: 28721754.

KITAMURA, I. (2006). Usefulness of Validation Method as a Tool for Understanding Psychosocial Needs of Disoriented Elderly People with Dementia. In *Japanese Journal Of*



*Social Services* [online]. 2006, vol. 4, p. 49-57. [cit. 03.04.2022]. Dostupné na internete: [https://doi.org/10.24469/jjswe.4.0\\_49](https://doi.org/10.24469/jjswe.4.0_49). ISSN 2433-1570.

KLÍMOVÁ, E. a kol. (2020). *Využitie aktivizačných techník u chorých s demenciou*. Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníckych odborov. 2020. ISBN 978-80-555-2428-3. EAN 9788055524283.

KRÁLOVÁ, M. a kol. (2020). *Demencia pri Alzheimerovej chorobe*. Štandardný postup MZ SR. [cit. 30.3.2021]. Dostupné na internete:

[https://www.health.gov.sk/Zdroje/?/Sources/dokumenty/SDTP/standarty/Nove/Psychiatria-Demencia\\_pri\\_Alzheimerovej\\_chorobe.pdf](https://www.health.gov.sk/Zdroje/?/Sources/dokumenty/SDTP/standarty/Nove/Psychiatria-Demencia_pri_Alzheimerovej_chorobe.pdf)

KRÁLOVÁ, M. (2017). *Demencie*. Bratislava. [cit. 20.12.2022]. Dostupné na internete: [https://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/lf/sluzby/akademicka\\_kniznica/PDF/Elektronicke\\_knihy\\_LF\\_UK/Demencie\\_Kralova\\_\\_Maria.pdf](https://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/lf/sluzby/akademicka_kniznica/PDF/Elektronicke_knihy_LF_UK/Demencie_Kralova__Maria.pdf)

KOCALEVENT, R.D. et al. (2018). Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychol.* 2018 Jul 17;6(1):31. doi: 10.1186/s40359-018-0249-9. PMID: 30016997; PMCID: PMC6050647.

KROENKE, K., SPITZER, R.L., WILLIAMS, J.B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001 Sep;16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x. PMID: 11556941; PMCID: PMC1495268.

KURZ, A. (2013). Psychosoziale Interventionen bei Demenz. In *Nervenarzt* [online]. 2013, vol. 84, no. 1, p. 93-105. [cit. 19.07.2019]. Dostupné na internete: 10.1007/s00115-012-3655-x. ISSN 14330407.

LIU, Z., HEFFERNAN, C., TAN, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *Int J Nurs Sci.* 2020 Jul 25;7(4):438-445. doi: 10.1016/j.ijnss.2020.07.012. PMID: 33195757; PMCID: PMC7644552.

LIVINGSTON, G. et al. (2017). *Dementia prevention, intervention and care*. The Lancet commissions. Volume 390. Issue 10113. P 2673-2734, DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6).

LIVINGSTON, G. et al. (2020). Dementia Prevention, Intervention and Care: 2020 report the Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, 396(10248), 413-446. [8. 9.2021]. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.

MATOUŠEK, O. a kol. (2013). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 576 s. ISBN: 978-80-262-0366-7.

MELUNSKY, N. et al. (2015). The experience of family carers attending a joint reminiscence group with people with dementia: A thematic analysis. *Dementia* (London). 2015 Nov;14(6):842-59. doi: 10.1177/1471301213516332. Epub 2013 Dec 26. PMID: 24381218; PMCID: PMC4638310.

MESÁROŠOVÁ, M. a kol. (2017). Starostlivosť o seba a dôsledky vykonávania pomáhajúcich profesií. UPJŠ V Košiciach, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-8152-571-1.

MEYER, C., O'KEEFE, F. (2018). Non-Pharmacological Interventions for People with Dementia: A Review of Reviews. In *Dementia* [online]. 2018, vol. 9, no. 6, p. 1927-1954. [cit. 20.07.2019]. Dostupné na internete: 10.1177/1471301218813234. ISSN 1552-5279.

MIKULÁŠTÍK, M. (2010). *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha : Grada Publishing, 2010. 98 s. ISBN 978-80-247-2339-6.

MITCHELL, G., AGNELLI, J. (2015). Non-pharmacological approaches to alleviate distress in dementia care. *Nursing Standard*. Nov 25;30(13):38-44. doi: 10.7748/ns.30.13.38.s45. PMID: 26602678.

MISTRIDIS, P. et al. (2017). Use it or lose it! Cognitive activity as a protective factor for cognitive decline associated with Alzheimer's disease. *Swiss medical weekly*. 147. w14407. EMH Schweizerischer Ärzteverlag. ISSN: 1424-7860. DOI: 10.4414/smw.2017.14407.

MONIZ-COOK, E. et al. (2018). A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. *Aging Ment Health*. 2008 Jan;12(1):14-29. doi: 10.1080/13607860801919850. PMID: 18297476.

MONTERO-ODASSO, M., ISMAL, Z., LIVINGSTON, G. (2020). One third of dementia cases can be prevented within the next 25 years by tackling risk factors. The case "for" and "against". *Alzheimers Res Ther*. 2020 Jul 8;12(1):81. doi: 10.1186/s13195-020-00646-x. PMID: 32641088; PMCID: PMC7346354.

MPSVaR SR. (2022). *Správa o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky za rok 2021*. Bratislava. [cit. 20.12.2022]. Dostupné na internete: [https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/2022/spravasossr\\_2021\\_pub.pdf](https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/2022/spravasossr_2021_pub.pdf)

MPSVaR SR, MZ SR. (2021). *Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike*. Bratislava. [cit. 20.12.2022]. Dostupné na internete: [https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/2022/spravasossr\\_2021\\_pub.pdf](https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/2022/spravasossr_2021_pub.pdf)

NAGYOVA, I. et al. (2009). *Measuring health and quality of life in the chronically ill*. Košice : EQUILIBRIA, 2009. ISBN 978-80-89284-46-7.

NCZI. (2022). Psychiatrická starostlivosť v Slovenskej republike 2021. [cit. 20.12.2022]. Dostupné na internete: [https://data.nczisk.sk/statisticke\\_vystupy/Psychiaticka\\_starostlivost/Psychiaticka\\_starostlivost\\_v\\_SR\\_2021\\_Sprava\\_k\\_publikovanim\\_vystupom.pdf](https://data.nczisk.sk/statisticke_vystupy/Psychiaticka_starostlivost/Psychiaticka_starostlivost_v_SR_2021_Sprava_k_publikovanim_vystupom.pdf).

NEAL, M., WRIGHT, B. (2003). Validation Therapy for Dementia. Review. In *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2003, vol. 3. [cit. 30.11.2021]. Dostupné na internete: 10.1002/14651858.CD001394. ISSN 1465-1858.

NEMČÍKOVÁ, M. (2022). Využitie validácie v starostlivosti neformálnych opatrovateľov osôb s demenciou: dizertačná práca. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave.

NGANDU, T. et al. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9984):2255-63.

NICHOLS, E. et al. (GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators). (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8).

NINOT, G. (2021). *Non-Pharmacological Interventions. An essential Answer to Current Demographic, Health, and Environmental Transitions*. Cham: Springer. 294 s. ISBN 978-3-030-60970-2.

O'CONNOR, D.W. et al. (2009). *Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards*. 2009. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. York (UK): Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1995. [cit. 19.03.2020]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK78311/>

OECD. (2018). *Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia*. *OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264085107-en>.

ONG, H. et al. (2018). Resilience and Burden in Caregivers of Older Adults: Moderating and Mediating Effects of Perceived Social Support. *BMC Psychiatry* [online]. 2018, vol. 18, no. 27, p. 1–9. [cit. 29. 7. 2019]. Dostupné na internete: 10.1186/s12888-018-1616-z. ISSN 1471244X.

OSN/UN. (2017). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). *World Population Ageing 2017 - Highlights* (ST/ESA/SER.A/397). [cit. 19.03.2020]. Dostupné na internete: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf).

PALLANT, J. and REID, C. (2014) Measuring Positive and Negative Aspects of the Caring Role in Community versus Aged Care Setting. *Australasian Journal on Ageing*, 33, 244-249. <http://dx.doi.org/10.1111/ajag.12046>.

PHILIPP-METZEN, E. (2015). Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz: Grundwissen und Handlungsorientierung für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. 184 p. ISBN: 978-3-17-025199-1.

PILLEMER, S., DAVIS, J., & TREMONT, G. (2018). Gender effects on components of burden and depression among dementia caregivers. *Ageing & mental health*, 22(9), 1162-1167.

PLICHTOVÁ, J., ŠESTÁKOVÁ, A. (2021). Biomedicínsky model demencií a jeho alternatívy. *PSYCHIATRIA-PSYCHOTERAPIA-PSYCHOSOMATIKA*, 28, 2021, č. 1, s. 15 - 22. [cit. 10.12.2022]. Dostupné na internete: [http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/archiv-cisel/archiv/obsah-cisla-1-2021/prehladova-praca/biomedicinsky\\_model\\_demencii\\_a\\_jeho\\_alternativy.pdf](http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/archiv-cisel/archiv/obsah-cisla-1-2021/prehladova-praca/biomedicinsky_model_demencii_a_jeho_alternativy.pdf).

POKORNÁ, A., SUKUPOVÁ, M. (2014). Naomi Feil validation® in geriatric care. *Kontakt*. 2014;16(2):e71-78. doi: 10.1016/j.kontakt.2014.05.004.

O'NEIL, M.E. et al. (2011). *Systematic Evidence Review of Non-pharmacological Interventions for Behavioral Symptoms of Dementia* [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2011 Mar. PMID: 21634073.

QUINN, C. et al. (2019). Influence of Positive and Negative Dimensions of Dementia Caregiving on Caregiver Well-Being and Satisfaction with Life: Findings from the IDEAL Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2019 Aug;27(8):838-848. doi: 10.1016/j.jagp.2019.02.005. Epub 2019 Feb 11. PMID: 30917903.

RAUSCH, A., CALJOUW, M.A., van der PLOEG, E.S. (2017). Keeping the person with dementia and the informal caregiver together: a systematic review of psychosocial interventions. *Int Psychogeriatr*. 2017 Apr;29(4):583-593. doi: 10.1017/S1041610216002106. Epub 2016 Nov 28. PMID: 27890029.

RICHARD, N. (2009). Integrative Validation und Bewegung/Validation intégrative et mouvement. In *Physioactive* [online]. 2009, vol. 2. [cit. 22.8. 2019]. Dostupné na internete: [http://www.integrative-validation.de/files/iva/pdf/demenz\\_und\\_bewegung.pdf](http://www.integrative-validation.de/files/iva/pdf/demenz_und_bewegung.pdf). ISSN 1660-5209.

ROBB, S.S., STEGMAN, C.E., WOLANIN, M.O. (1986). No research versus research with compromised results: A study of validation therapy. *Nursing Research*, 35(2), 113-118.

SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, I. et al. (2021). Effectiveness of the validation method in work satisfaction and motivation of nursing home care professionals: A literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010201>

SCALES, K., ZIMMERMAN, S., MILLER, S.J. (2018). Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Gerontologist*. 18;58(suppl\_1):S88-S102. doi: 10.1093/geront/gnx167.

SHROFF, H.B. (2014). Family Resiliency, Sense of Coherence, Social Support and Psychosocial Interventions: Reducing Caregiver Burden and Determining the Quality of Life in Persons with Alzheimer's Disease. [cit. 19.03.2022]. Dostupné na internete: <https://www.proquest.com/docview/1642727618?pq-riqsite=gscholar&fromopenview=true>

SMILKSTEIN, G. (1978). The Family APGAR. A Proposal for Family Function Test and Its Use by Physicians. *The Journal of Family Practice*. Vol. 6, No. 6, 1978. [cit. 10.06.2020]. Dostupné na internete: [https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1978-volume\\_6-7/JFP\\_1978-06\\_v6\\_i6\\_the-family-apgar-a-proposal-for-a-family.pdf](https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1978-volume_6-7/JFP_1978-06_v6_i6_the-family-apgar-a-proposal-for-a-family.pdf).

SNOWDON, D.A. (2003). Nun Study. Healthy aging and dementia: Findings from the nun study. *Ann Intern Med*. 2003 Sep 2;139(5 Pt 2):450-4. doi: 10.7326/0003-4819-139-5\_part\_2-200309021-00014. PMID: 12965975.

SPALDING-WILSON, K. et al. (2018) . A Novel Two-Day Intervention Reduces Stress in

Caregivers of Persons with Dementia. In *Alzheimer's & Dementia* [online]. 2018, vol. 4, no. 1, 450–460. [cit. 24.04.2020]. Dostupné na internete: 10.1016/j.trci.2018.08.004. ISSN 2352-8737.

SPITZER, R.L. et al. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006 May 22;166(10):1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092. PMID: 16717171.

STERN, Y. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol*. 2012 Nov;11(11):1006-12. doi: 10.1016/S1474-4422(12)70191-6. PMID: 23079557; PMCID: PMC3507991.

ŠLOSÁR, D. a kol. (2017). *Teórie sociálnej práce a vybrané klientske skupiny*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika. 194 s. ISBN 978-80-8152-577-3.

TESTAD, I. et al. (2014). The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review. *International psychogeriatrics*, 26(7), 1083-1098.

THE IMPROVEMENT HUB. (2017). A Quality Improvement Framework for Post-Diagnostic Support for People with a Diagnosis of Dementia in Scotland. Healthcare Improvement Scotland. Scotland.

TONDI, L. et al. (2007). Validation therapy (VT) in nursing home: A case-control study, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Volume 44, Supplement, p. 407-411, <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.01.057>.

TOSELAND, R. et al. (1997). The Impact of Validation Therapy on Nursing Home Residents with Dementia. In *Journal of Applied Gerontology* [online]. 1997, vol. 16, no. 1, p. 31-50. [cit. 03.09.2019]. Dostupné na internete: 10.1177/073346489701600102. ISSN 1552-4523.

UKROPCOVÁ, B. a kol. (2021). *Odporúčaný postup pre výkon prevencie: Nefarmakologická prevencia a liečba neurodegeneratívnych ochorení. Pohybové, kognitívne a nutričné intervencie v prevencii demencií. Štandardný postup MZ SR*. [cit. 22.10.2022]. Dostupné na internete: [https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standarty/Prevencia/022\\_MZSR-Postupy-Prevencia-Demencii.pdf](https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standarty/Prevencia/022_MZSR-Postupy-Prevencia-Demencii.pdf).

van der STEEN, J.T. et al. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2018*, Issue 7. Art. No.: CD003477. DOI: 10.1002/14651858.CD003477.pub4.

van CHARANTE, M.E. et al. (2016). Effectiveness of a 6-year multidomain vascular care intervention to prevent dementia (preDIVA): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2016388(10046):797-805. DOI:10.1016/S0140-6736(16)30950-3.

VLÁDA SR. (2021). Plán obnovy a odolnosti – cestovná mapa k lepšiemu Slovensku. [cit. 20.12.2022]. Dostupné na internete: <https://www.planobnovy.sk/site/assets/files/1019/kompletny-plan-obnovy.pdf>

VOLICER, L., BLOOM-CHARETTE, L. (1999). *Enhancing the Quality of Life in Advanced Dementia*. Routledge, 1999. 232 p. ISBN 9780876309650.

WARE, J., Jr. et al. (1996). A 12-Item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220–233.

WELSH, et al. (2014). Comprehensive geriatric assessment - a guide for the non-specialist. *Int J Clin Pract*. 2014;68(3):290-293. doi:10.1111/ijcp.12313.

WHO. (2022). A Toolkit on how to Implement Social Prescribing. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [cit. 20.10.2022]. Dostupné na internete: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1424690/retrieve>.

WHO. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025*. [cit. 03.09.2019]. Dostupné na internete: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487eng.pdf;jsessionid=AF9520DDD2702DA8F0565D89CD-F30FB2?sequence=1>.

WHO. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization; 2015. WHO Press, Geneva, Switzerland. ISBN 978 92 4 069481 1 (PDF). [cit. 19.03.2020]. Dostupné na internete: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/978924069481\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/978924069481_eng.pdf).

YU, H. et al. (2015). Measuring the caregiver burden of caring for community-residing people with Alzheimer's disease. *PLoS One*. (2015) 10:7. doi:10.1371/journal.pone.0132168.

## ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK

ADI	Alzheimer's Disease International
ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
BPSD	Behaviorálne a psychologické symptómy demencie
CGA	Complex Geriatric Assessment (komplexné geriatrické hodnotenie)
DOS	Dom ošetrovateľskej starostlivosti
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder
IQCODE-S	Informant Questionnaire on Cognitive Decline - Short version
LTC	Long-term Care (dlhodobá starostlivosť)
OEH	Overall Evaluation of Health
OPIO	Odkázanosť na pomoc inej osoby
OsD	Osoba s demenciou
OSSS-3	Oslo Social Support Scale
PACS	Positive Aspects of Caring Scale
PCTB	Professional Care Team Burden scale
PHQ-9	Patient Health Questionnaire - depression scale
EÚ	Európska únia
MPRV SR	Ministerstvo pôdohospodárstva a rozvoja vidieka Slovenskej republiky
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
NR SR	Národná rada Slovenskej republiky
OSN	Organizácia spojených národov
SF-12	Short Form Health Survey
SR	Slovenská republika
ÚVZ SR	Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky
VAS	Vizuálna analógová škála
WHO	World Health Organisation (Svetová zdravotnícka organizácia)
ZBI	Zarit Burden Interview



ISBN 978-80-8143-325-2



9 788081 433252