



Názov:

**Nefarmakologické metódy a prístupy v  
liečbe demencií**

Autor:

**PaedDr. Mária Čunderlíková**

**Mgr. Katarína Kiseľáková**

**Mgr. Hana Zigmundová**

Špecializačný odbor:

**Liečebná pedagogika**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

## Nefarmakologické metódy a prístupy v liečbe demencií

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0123	4. december 2020	schválené	1. február 2021

### Autori štandardného postupu

#### Autorský kolektív:

PaedDr. Mária Čunderlíková; Mgr. Katarína Kiseľáková; Mgr. Hana Zigmundová; PaedDr. Erika Kováčsová, PhD.

#### Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

**Prispievatelia a hodnotitelia:** členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS Liečebná pedagogika: prof. PhDr. Marta Hornáková; PhD., Mgr. Zuzana Yakhyaev, PhD.; Mgr. Barbora Vodičková, PhD.; PaedDr. Oľga Matušková; PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II. (prof. PhDr. Marta Hornáková; Mgr. Barbora Vodičková, PhD.; PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH; PaedDr. Erika Kováčsová, PhD.; Mgr. Zuzana Yakhyaev, PhD.); členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

**Odborní koordinátori:** MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

#### Recenzenti

**členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP:** MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; MUDr. Róbert Hill, PhD., MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

#### Technická a administratívna podpora

**Podpora vývoja a administrácia:** Ing. Peter Čvapek, Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Vladislava Konečná; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

**Podporené grantom** z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193).

## Kľúčové slová

Demencia, kompetencie liečebného pedagóga, diagnostika demencie, nefarmakologické prístupy.

## Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

<b>ADL</b>	Aktivity denného života, Activity of Daily Living
<b>ACH, AD</b>	Alzheimerova choroba, Alzheimer's Disease
<b>ARD</b>	Alkoholová demencia, Alcohol-related dementia
<b>ART</b>	Arteterapia, Art therapy
<b>CA</b>	Kognitívna aktivizácia, Cognitive activation
<b>CDT</b>	Test kreslenia hodín, Clock Drawing Test
<b>CNS</b>	Centrálne nervová sústava, Central Nervous System
<b>CR</b>	Kognitívna rehabilitácia, Cognitive rehabilitation
<b>CS</b>	Kognitívna stimulácia, Cognitive stimulation
<b>CT</b>	Kognitívny tréning, Cognitive training
<b>FDT</b>	Test kreslenia postavy, Figure Drawing Test
<b>FTLD</b>	Frontotemporálna lobárna demencia, Frontotemporal Dementia
<b>GDS</b>	Geriatrická škála depresie, Geriatric Depression Scale
<b>IADL</b>	Inštrumentálne aktivity denného života, Instrumental Daily Living
<b>ISCH</b>	Ischemická choroba srdca, Ischemic Heart Disease
<b>LWB</b>	Demencia s Lewyho telieskami, Lewy Body Dementia
<b>MCI</b>	Lahká kognitívna porucha, Mild Cognitive Impairment,
<b>MKCH</b>	Medzinárodná klasifikácia chorôb 10. revízia, International classification of diseases
<b>MMSE</b>	Krátky skrining kognitívnych funkcií, Mini-Mental State Examination
<b>MoCA</b>	Montrealský test kognitívnych funkcií, Montreal Cognitive Assessment
<b>MT</b>	Muzikoterapia, Music therapy
<b>NCMP</b>	Náhla cievna mozgová príhoda, Cerebrovascular Accident
<b>NFP</b>	Nefarmakologický prístup, Non-pharmacological approach
<b>NPI</b>	Neuropsychiatrický dotazník, Neuropsychiatric Inventory
<b>OT</b>	Ergoterapia, Occupational therapy
<b>PD</b>	Demencia pri Parkinsonovej chorobe, Parkinson's Disease Dementia
<b>PMT</b>	Psychomotorická terapia, Psychomotor therapy
<b>ROT</b>	Orientácia realitou, Reality orientation therapy
<b>RT</b>	Reminiscenčná terapia, Reminiscence therapy
<b>SKIZP</b>	Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov, Slovak Chamber of Healthcare Professionals
<b>TPT</b>	Tanečno-pohybová terapia, Dance therapy
<b>VaD</b>	Vaskulárna demencia, Vascular Dementia
<b>VFT</b>	Test verbálnej fluencie, Verbal fluency test
<b>WHO</b>	Svetová Zdravotnícka Organizácia, World Health Organization

## **Kompetencie**

**Liečebný pedagóg** so špecializáciou v odbore liečebná pedagogika.

**Liečebný pedagóg** - realizuje nasledovné výkony zdravotnej starostlivosti:

- liečebno-pedagogickú diagnostiku (procesuálna a diferenciálna diagnostika, anamnestické vyšetrenie, analýza aktuálnych potrieb pacienta a jeho rodiny),
- indikovanie nefarmakologického prístupu a metódy,
- tvorba individuálneho a skupinového terapeutického plánu,
- realizácia individuálnej a skupinovej nefarmakologickej terapie,
- psychoedukáciu pacientov a ich príbuzných,
- case-manažment - pomoc pri organizácii starostlivosti o pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, úzka spolupráca s terapeutickým tímom,
- krízovú intervenciu pre pacientov a ich príbuzných,
- liečebno-pedagogické poradenstvo, sprevádzanie pacienta a jeho rodiny,
- odborné konzultácie a intervízie činnosti s pracovníkmi zdravotníckeho zariadenia, s klinickým psychológom a ďalšími špecialistami v oblasti psychiatrie, neurológie, geriatrickej, s klinickým logopédom, fyzioterapeutom, sociálnym pracovníkom,
- komunitnú starostlivosť, kolektívnu terapiu, tréning psychosociálnych zručností, preventívne programy pre dospelú populáciu, aktiváciu životného štýlu,
- vypracovanie odborného posudku o prognóze pacienta v súvislosti s riešením situácie pacienta so špeciálnymi problémami, v ťažkých životných okolnostiach,
- vedenie systematickej zdravotnej dokumentácie pacientov.

Podmienkou pre vykonávanie práce je ukončený magisterský stupeň v odbore Liečebná pedagogika a registrácia v Slovenskej komore iných zdravotníckych pracovníkov (SKIZP). Kompetencie samostatne vykonávať zdravotnícke výkony, spojené s nefarmakologickou liečbou, získava liečebný pedagóg po absolvovaní špecializačného štúdia v špecializačnom odbore Liečebná pedagogika (zastrešuje ho Slovenská Zdravotnícka Univerzita). Liečebný pedagóg môže ďalej rozširovať svoje vedomosti a pracovné zručnosti absolvovaním certifikovaných študijných programov doma aj v zahraničí.

**Psychiater** - nozologická diagnostika demencie, farmakoterapia, indikovanie nefarmakologických prístupov, komunitná starostlivosť.

**Neurológ** - nozologická diagnostika demencie, farmakoterapia, indikovanie nefarmakologických prístupov.

**Všeobecný lekár** - poskytovanie každodennej lekárskej starostlivosti, prevencia kognitívnych porúch, diagnostika a manažment najčastejších sekundárnych demencií, operatívna úprava farmakoterapie, voľba opakovanej konzultácie kompetentného špecialistu, poznanie geneticko - familárnej záťaže rodín, predvídanie a odvrátenie vzniku kríz zdravotného stavu vždy, keď je to možné, komunitná starostlivosť.

**Geriatier** - identifikácia kognitívneho problému u geriatrického pacienta, prispieva k včasnej diagnostike demencie a prevencii vzniku kríz zdravotného stavu. Vykonáva diagnostické testy, usmerňuje rodinu pacienta na poradenstvo a sociálne služby.

**Klinický psychológ** - neuropsychologická diagnostika, psychoterapia, psychoedukácia, komunitná starostlivosť.

**Klinický logopéd** - diagnostika a terapia narušenej komunikačnej schopnosti.

**Fyzioterapeut** - diagnostika, liečba a prevencia zhoršovania stavu pohybového systému človeka. Využíva v liečbe špeciálne manuálne postupy, techniky, metodiky a fyzikálnu terapiu, pohybovú liečbu.

**Sestra, praktická sestra, sestra špecialistka, sestra s pokročilou praxou a sestra pre riadenie ošetrovateľskej praxe** - komplexný ošetrovateľský manažment pacienta, podávanie farmakoterapie. Plnenie ordinácií lekára, delegovanie opatrovateľských úkonov na sanitára a opatrovateľa. Starostlivosť o pacienta pri zabezpečovaní potrieb denného života v zariadeniach poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť. Zodpovednosť sestry za primeranú úroveň starostlivosti v súlade s potrebami pacienta a pri zohľadnení prítomných rizík, psychorehabilitácia, komunitná starostlivosť.

**Sociálny pracovník** - psychorehabilitácia, komunitná starostlivosť, sociálno-právne poradenstvo a podpora.

## Úvod

Štandardné postupy sú vypracované pre cieľovú skupinu, a to dospelých vo veku 18-90 rokov a viac, s diagnózou demencia Alzheimerovho typu, Vaskulárna demencia, demencia pri Parkinsonovej chorobe, alkoholová demencia, demencia pri Huntingtonovej chorobe, demencia pri depresii, frontotemporálna demencia, demencia po úrazoch a operáciách.

Nefarmakologické prístupy predstavujú spektrum intervencií, ktoré poskytujú špecifické benefity pacientom s demenciou tým, že pôsobia na ich kognitívne schopnosti, schopnosti zvládať každodenné aktivity, prežívanie, náladu a problémové správanie a majú dosah aj na fyzický stav a záťaž opatrovateľa.

Nové lieky vyvíjané v súčasnosti pre pacientov s demenciou pravdepodobne predĺžia čas mierneho až stredného štádia demencie, v ktorom pacienti lepšie zvládajú problémy každodenného života, ale majú v tom čase tiež väčšiu potrebu sociálnej inklúzie, aktivity, participácie a sebaaktualizácie. Nefarmakologické prístupy znamenajú sanáciu symptómov ochorenia metódami, ktoré pracujú so zachovanými schopnosťami a zručnosťami, emóciami a prežívaním pacienta, zvyčajne po určení diagnózy. Ak sú vytvorené priaznivé podmienky pre tieto dôležité procesy v mozgu, znamená to aj priaznivé prostredie v mozgu pre pôsobenie lieku. Práve preto dôležitosť nefarmakologických prístupov ako účinného

prostriedku na zlepšenie kvality života tejto populácie pacientov dnes aj v budúcnosti ešte vzrastie.

Výskum zaoberajúci sa nefarmakologickými prístupmi v liečbe demencií nemá takú dlhú históriu v porovnaní s vedeckým skúmaním farmakologickej liečby. Nezahrnúť ich do liečby však znamená znížiť kvalitu života pacienta. Vychádzajú z priameho kontaktu a spolupráce človeka s demenciou a odborníka, ktorý daný prístup realizuje. Sú považované za bezpečné, účinné, užitočné a nízkonákladové metódy, ktoré je možné v terapii využiť.

Bežnými prejavmi demencie je výskyt neuropsychologických prejavov (úzkosť, bludy, halucinácie atď.) Nefarmakologická terapia je prvým prístupom pri zvládaní týchto príznakov. Napr. reminiscenčná intervencia zlepšuje poznanie a náladu u ľudí s demenciou, ako aj zníženie záťaže opatrovateľa. Orientácia na realitu býva spojená so zlepšením kognitívnych schopností, poklesom dysfunkčného správania a znížením rizika inštitucionalizácie pacientov. Kognitívna aktivizácia ukázala zlepšenie funkčnej schopnosti a zníženie negatívnych emočných symptómov, najmä keď bola kombinovaná s inhibítorom acetylcholinesterázy. Len viacnásobné intervencie môžu zlepšiť kvalitu života pacienta a znížiť psychologickú morbiditu opatrovateľov a znížiť ich zaťaženie.

#### **Nefarmakologické prístupy (NFP) sú zamerané:**

1. na kognitívne schopnosti pacienta s demenciou:
  - Terapia zameraná na orientáciu pacienta v realite.
  - Kognitívna aktivizácia.
  - Ergoterapia.
2. na emocionalitu pacienta s demenciou:
  - Reminiscenčná terapia.
  - Psychomotorická terapia.
  - Muzikoterapia.
  - Arteterapia.

#### **Hlavný cieľ NFP:**

- zmierniť prejavy demencie (najmä dizabilitu a hendikep).

#### **Ďalšie ciele:**

- spomaliť postup ochorenia a zachovať alebo zlepšiť sebestačnosť pacienta,
- predchádzať vzniku problémového správania,
- znížiť používanie psychofarmák,
- zaistiť kvalitné sociálne vzťahy,
- poskytnúť zmysluplnú činnosť v každodennom živote a udržať režim dňa,
- udržať aktuálnu kognitívnu a fyzickú výkonnosť a zlepšiť prežívanie pacienta,
- pomôcť pacientovi pri znovu objavovaní zmyslu jeho osobného a spoločenského života,
- zvýšiť účinnosť komplexnej starostlivosti - odporúčaným postupom následnej multidisciplinárnej starostlivosti.

Spoločný základ NFP je orientácia na postihnutého človeka na jeho bio – psycho – sociálno-spirituálnu jednotu.

### Typy a indikácie nefarmakologických prístupov

Nefarmakologické prístupy v liečbe demencie sú zoskupené do skupín v závislosti od toho, či sa sústreďia na kognitívne schopnosti, činnosti každodenného života, správanie, schopnosť telesnej zdatnosti a schopnosti zvládnuť starostlivosť.

**Tabuľka č. 1:** Typy a indikácie nefarmakologických prístupov

Typy a indikácie nefarmakologických prístupov				
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP NEFARMAKOLOGICKÉ METÓDY A PRÍSTUPY V LIEČBE DEMENCIÍ		
Kognícia – poznanie	Aktivity denného života	Fyzické aktivity	Správanie pacientov	Potreby opatrovateľov
Orientácia v realite	Ergoterapia	Psychomotorická terapia	Reminiscencia	
Kognitívny tréning	Kognitívny tréning, kognitívna stimulácia	Ergoterapia	Muzikoterapia	Podporné skupiny
Kognitívna stimulácia	Psychomotorická terapia	Muzikoterapia	arteterapia	Vzdelávacie programy pre príbuzných
Reminiscenčná terapia	Orientácia v realite	Arteterapia	Ergoterapia	Poradenstvo pre rodiny
Muzikoterapia	Muzikoterapia	Kognitívna stimulácia	Bazálna stimulácia	

Terapeutické postupy sa orientujú na spracovávanie pocitov, saturáciu potrieb a harmonizáciu vzťahov pacienta s jeho okolím.

### Špecifikum indikácie nefarmakologických prístupov pri demencii

Demencia je progredujúce ochorenie v čase. Zvyčajne prechádza jednotlivými štádiami funkčného postihnutia, každé štádium si vyžaduje špecifický druh starostlivosti. Kognitívne schopnosti pacienta, komunikačné a motorické zručnosti, seba obslužné schopnosti sa menia plynutím času, objavujú sa zmeny osobnosti, zmeny v správaní. Liečebný pedagóg musí sledovať túto postupnosť, overovať ich priebežnou diagnostikou (hovoríme o meniacich sa potrebách pacienta v čase) a prispôbovať nefarmakologické prístupy zdravotnému stavu a schopnostiam pacienta.

## **Prevencia**

Demencia je zatiaľ nevyliciteľné ochorenie postihujúce vysoké percento starších ľudí, ale vyskytuje sa aj u osôb v produktívnom veku. Vzniká v dôsledku degeneratívnych ochorení, ochorení cievnych, traumatických, metabolických a ďalších porúch CNS. Vyššia úroveň vzdelania, celoživotné vzdelávanie, pravidelná pohybová aktivita a kognitívny tréning patria medzi faktory oddialenia nástupu prejavov demencie v dôsledku neurodegeneratívnych ochorení. Metaanalýza 22 štúdií ukázala, že existuje významný vzťah medzi komplexnou mentálnou aktivitou počas celého života a zníženou incidenciou demencie, presnejšie, že osoby s vyšším vzdelaním, kognitívne náročnejším zamestnaním a zapojením do komplexných kognitívnych aktivít majú o 46% nižšie riziko demencie oproti osobám s nižšou úrovňou v zmienených faktoroch. Na základe uvedeného možno predpokladať, že vhodné spoločenské podmienky pre celoživotné vzdelávanie môžu oddialiť prejavy syndrómu demencie.

Včasná diagnostika syndrómu demencie, adekvátny prístup k pacientom v jednotlivých fázach ochorenia môže zachovávať dlhú dobu uspokojivú kvalitu života ľudí postihnutých týmto ochorením a tiež i kvalitu života ich rodinných príslušníkov.

Rizikové faktory demencie Alzheimerovho typu sú vyšší vek a genetické vplyvy, ženské pohlavie, nižšia úroveň vzdelania, poranenia hlavy, hypertenzia. Rizikové faktory vaskulárnej demencie sú mužské pohlavie, predchádzajúca NCMP, nízky stupeň dosiahnutého vzdelania, arteriálna hypertenzia, diabetes mellitus, zvýšený cholesterol, ISCH, nadváha, fajčenie, zvýšená konzumácia alkoholu. Rizikové faktory iných neurodegeneratívnych a sekundárnych demencií sú diabetes mellitus, zvýšený cholesterol, ISCH, nadváha, fajčenie, zvýšená konzumácia alkoholu. Ich prevencia je zdravý životný štýl, dostatok pohybu, vzdelávanie populácie v oblasti stravovania.

## **Epidemiológia**

Na Slovensku nebola zatiaľ zrealizovaná epidemiologická štúdia o počte osôb s Alzheimerovou chorobou a inými demenciami. Podľa štatistických odhadov trpí demenciou na Slovensku približne 40-70 tisíc ľudí. Incidencia aj prevalencia ochorenia na demenciu rastie vekom. Do veku 65 rokov je to menej ako 1% pacientov v populácii, v skupine 65 ročných a starších rastie počet až do 40% u 85 ročných. Najčastejšia demencia v populácii celosvetovo je Alzheimerova choroba, v počte 60-70%. Nasleduje vaskulárna demencia, ktorá tvorí cca 25% prípadov všetkých demencií, LBD 15–25% a FTD 10%. Z menej častých demencií je to alkoholová demencia, demencia v dôsledku úrazov hlavy, demencia spôsobená depresiou.

## **Patofyziológia**

Alzheimerova demencia patrí medzi primárne neurodegeneratívne ochorenia. Pacienti majú štrukturálne a chemické zmeny na mozgu, mozgové bunky a spojenia medzi nimi sú ničené patologickými bielkovinami tau proteínom a beta amyloidom, ktoré sa tvoria v mozgu v nadmernom množstve. K najznámejším primárne neurodegeneratívnym ochoreniam patrí ešte demencia s Lewyho telieskami, frontotemporálne demencie, demencia pri Parkinsonovej



chorobe a demencia pri Huntingtonovej chorobe. Pri demencii vaskulárneho typu je mozog postihnutý ochorením mozgových ciev, pri demencii po úraze je to posttraumatický variant.

Rizikové faktory vzniku demencie sú: neovplyvniteľné faktory (vek a gén náchylnosti na demenciu APO-4) a ovplyvniteľné faktory ako obezita, hypertenzia, kardiovaskulárne ochorenia, cukrovka, fajčenie, nadužívanie alkoholu, nižšie vzdelanie, nedostatočná psychická a fyzická aktivita.

## **Klasifikácia**

Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH-10, WHO) definuje demenciu ako „syndróm zapríčinený chorobou mozgu, zvyčajne chronickou alebo progresívnou, pri ktorom sa zhoršujú viaceré vyššie kôrové funkcie vrátane pamäti, myslenia, orientácie, chápania, počítania, kapacity učenia, jazyka a úsudku. Vedomie nie je zastreté. Deteriorizácia emočnej kontroly, spoločenského správania alebo motivácie zvyčajne sprevádza, alebo niekedy predchádza poruchu kognitívnych funkcií. Tento syndróm sa objavuje pri Alzheimerovej chorobe, pri cerebrovaskulárnej poruche a pri iných stavoch, ktoré prvotne alebo druhotne postihujú mozog“. Demencie označujeme aj termínom neurokognitívne poruchy.

V klasifikačnej kategórii F00 - F09 sú zahrnuté:

- F 00.0 Demencia pri Ach so skorým začiatkom
- F 00.1 Demencia pri Ach s neskorým začiatkom
- F 00.2 Demencia pri Ach, atypický alebo zmiešaný typ
- F 00.9 Nešpecifická demencia pri Ach
- F 01 Vaskulárna demencia
  - F 01.0 Vaskulárna demencia s akútnym začiatkom
  - F 01.1 Multiinfarktová demencia
  - F 01.2 Subkortikálna vaskulárna demencia
  - F 01.3 Zmiešaná kortikálna a subkortikálna cievna demencia
  - F 01.8 Iná cievna demencia
  - F 01.9 Nešpecifikovaná cievna demencia
- F 02 Demencia pri iných chorobách zatriedených inde
- F 03 Nešpecifikovaná demencia
- F 04 Organický amnestický syndróm nezavinený alkoholom alebo inými psychoaktívnymi látkami
- F 05 Delírium nezavinené alkoholom alebo inými psychoaktívnymi látkami
- F 06 Iné duševné poruchy zapríčinené poškodením a dysfunkciou mozgu a somatickou chorobou
- F 07 Poruchy osobnosti a správania zapríčinené chorobou, poškodením a dysfunkciou mozgu
- F 09 Nešpecifikovaná organická alebo symptomatická psychická porucha

Pre diagnostiku kognitívnej poruchy je potrebné neuropsychologické vyšetrenie.

Pre určenie stupňa závažnosti demencie je určujúce celkové skóre v MMSE teste, ale je dôležité zamerať sa aj na funkčnú schopnosť pacienta (Testy ADL a IADL).

## **Klinický obraz**

Základnými príznakmi demencie sú poruchy kognitívnych funkcií, a to pamäti, myslenia, úsudku, orientácie, reči, učenia, poznávania, exekutívnych funkcií, praxie. Okrem kognitívnych symptómov bývajú prítomné v klinickom obraze demencií aj nekognitívne a telesné symptómy a prejavy postihnutia funkčnosti. Nekognitívne prejavy sú napr. depresia, úzkosť, mánia, bludy a halucinácie, agitovanosť, agresivita. K behaviorálnym prejavom patrí spoločensky neprijateľné správanie a k telesným prejavom zvláštne motorické prejavy. Prejavy postihnutia funkčnosti sú ťažkosti s komunikáciou, s komplexnými činnosťami (pri šoférovaní), s domácimi prácami, so sebaobsluhou v základných činnostiach, so samostatným pohybom, nakoniec je pacient úplne odkázaný na pomoc druhých.

Pri indikácii terapie je dôležité delenie demencie podľa stupňa závažnosti:

*Lahká demencia: MMSE (25–21 b):*

- zhoršuje sa výkon v každodenných činnostiach,
- zlyhávajúce v náročnejších činnostiach ako finančné operácie, porozumenie zmluvám, vypisovanie šekov a pod.,
- opúšťanie predchádzajúcich záujmov a záľub,
- pacient môže žiť/bývať samostatne, pomôže mu, ak sú mu pripomenuté povinnosti, napr. užívanie liekov.

*Stredne ťažká demencia: MMSE (20–10 b):*

- pacient nedokáže fungovať bez pomoci ani pri bežných činnostiach (nakupovanie, varenie, samostatné telefonovanie, výber oblečenia),
- schopnosti sa postupne zhoršujú,
- naviazanosť na rodinného príslušníka,
- blúdenie a túlanie sa, alebo naopak zotrvávanie v domácom prostredí,
- pomoc pri hygiene, úprave zovňajšku, udržiavaní poriadku v domácnosti,
- nekritičnosť k ochoreniu.

*Ťažká demencia: MMSE (9–0 b):*

- úplná strata kognitívnych schopností a zručností,
- odkázanosť na 24-hodinovú opateru a pomoc okolia,
- nekognitívne a telesné prejavy.

## **Typy demencií**

Demencie môžeme klinicky deliť podľa viacerých hľadísk. Delíme ich na presenilné (vznikajúce pred 65. rokom života) a senilné (u 65 ročných a starších). Podľa toho, ktorá časť mozgu je postihnutá na kôrové - kortikálne (napr. demencia pri Alzheimerovej chorobe) a podkôrové-subkortikálne (napr. demencia pri Huntingtonovej chorobe). Pri mnohých typoch demencií sa vyskytujú prejavy poškodenia kortikálnych aj subkortikálnych okruhov. Podľa priebehu delíme demencie na plynulo progredujúce (demencia pri Alzheimerovej

chorobe), stupňovito progredujúce (typické pre vaskulárne demencie) a stacionárne (napr. pri posttraumatickej demencii). Demencie ešte môžeme deliť podľa toho, či je možné chorobný proces terapeuticky ovplyvniť, a to na ireverzibilné (Alzheimerova choroba, FTLD) a reverzibilné, napr. pri normotenznom hydrocefale.

### **Demencia Alzheimerovho typu (DAT)**

Najčastejšou demenciou je Alzheimerova choroba. Je to ochorenie s postupným začiatkom, plynulým zhoršovaním pamäti a ďalších kognitívnych schopností, ktoré vedú k narušeniu pracovných a sociálnych aktivít. Prejavy bývajú často považované za prirodzenú súčasť starnutia. Niekedy až neobvyklá udalosť, napr. zablúdenie upozorní, že nejde o súčasť bežného starnutia. Alzheimerova choroba má skorý alebo neskorý začiatok, zvyčajne býva diagnostikovaná po 65. roku života. Klinický obraz u mladších pacientov sa môže líšiť od prejavov u pacientov vo vyššom veku. V mladšom veku (pred 65. r.) často dominujú poruchy reči. Na začiatku ochorenia zlyháva krátkodobá pamäť, schopnosť orientovať sa v čase a v priestore, objavujú sa ťažkosti s vyjadrovaním, s naučením sa nových vecí. Dlhodobá pamäť (spomienky z mladosti, vedomosti) nie je spočiatku porušená. Špecifikum pamäťovej poruchy pri Ach je v tom, že sa postupne zhoršuje epizodická pamäť (epizódy z osobnej minulosti), ktoré referuje pacient alebo blízka osoba a sú trvajúce najmenej 6 mesiacov. Postupne prichádza k zmenám v správaní, v stredne ťažkom štádiu sa môžu objaviť výbušnosť, krik, nepokoj, dezorientácia, obviňovanie, narušený spánkový cyklus.

### **Vaskulárna demencia (VaD)**

Je druhým najčastejším typom demencie hneď po Alzheimerovej chorobe. K ochoreniu zvyčajne dochádza v období na konci produktívneho obdobia, alebo v dôchodku. Vaskulárna demencia je spôsobená ochorením mozgových ciev, zlým prietokom krvi určitými oblasťami mozgu, prejavuje sa zhoršovaním pamäti, poruchami koordinácie a problémami v reči. Často ju sprevádza depresia a apatia a pacienti si svoj stav uvedomujú. Pri typickom priebehu tejto demencie je začiatok náhly, s následnou progresiou. Pri vaskulárnej demencii viacnásobné infarkty mozgových ciev ničia malé oblasti mozgu. Kumulatívny efekt takého poškodenia vedie k demencii. Veľká mozgová príhoda spôsobí rozsiahle poškodenie a prejaví sa ťažkou demenciou. Prejavy vaskulárnej demencie závisia od toho, ktoré oblasti mozgu sú poškodené. Je to choroba, ktorá sa vyvíja v krokoch, náhle. Následne sa nemusí dlho nič meniť, alebo sa môže zdať, že sa stav o niečo zlepšil. Vývoj vaskulárnej demencie možno spomaliť prevenciou ďalších mozgových príhod.

**Demencia pri Parkinsonovej chorobe** vzniká asi u 1/3 niektorých pacientov s Parkinsonovou chorobou. Prvé prejavy Parkinsonovej choroby sú vždy fyzickej povahy, choroba v prvom rade ovplyvňuje pohyblivosť pacienta. K prejavom demencie pri Parkinsonovej chorobe patria poruchy pamäti, poruchy sústredenia a pozornosti, tiež apatia, zmeny osobnosti. Pacienti majú často postihnuté verbálne vyjadrovanie, hľadajú slová, rozprávajú nezrozumiteľne.

### **Demencia s Lewyho telieskami**

Choroba dostala názov podľa miniatúrnych usadenín bielkovín v mozgovom tkanive, ktoré sa nazývajú Lewyho telieska. Ochorenie sa vyskytuje častejšie v skupine pacientov nad 85 rokov, sprievodným znakom sú zrakové halucinácie, strata vedomia a opakované nečakané pády.

**Frontotemporálna demencia** postihuje hlavne čelové a spánkové oblasti mozgu, ktoré riadia správanie, reč a citový život. U časti pacientov sú poruchy správania u časti pacientov sú prítomné výrazné poruchy reči. Objavuje sa u ľudí okolo 60. roku života. Prejavmi ochorenia sú zmeny osobnosti, spoločensky neprijateľné správanie, strata motivácie, obmedzenie vyjadrovacích schopností. Pamäť a orientácia zostáva dlho neporušená.

### **Demencia súvisiaca s používaním alkoholu**

Príčinou môže byť kombinácia možných úrazov hlavy, porúch výživy alebo toxický vplyv samotného alkoholu. Prejavy demencie následkom alkoholu sa obvykle líšia od prejavov Alzheimerovej choroby. Pacient sa môže dobre vyjadrovať (reč nemusí byť postihnutá), ale častá je porucha pamäti a riešenia problémov, osobnostné zmeny, popudlivosť a výbušnosť. Takéto prejavy sú frustrujúce hlavne pre jeho rodinu. Dôležité je uskutočniť neuropsychologické vyšetrenie, ktoré zistí úroveň postihnutia, či je správanie chorého úmyselné alebo manipulatívne. Niektoré prejavy demencie v dôsledku nadužívania alkoholu sú reverzibilné, to znamená, že sa stav pacienta môže zlepšiť. Liečba spočíva v dôslednej abstinencii, vyváženej strave, v užívaní vitamínu B1 a v prevencii úrazov hlavy. Úprava trvá mesiace až roky. V starobe trvá dlhšie a je menej úplná ako u mladých, pretože mozog starých ľudí je na alkohol citlivejší.

### **Demencia po infekciách a zápaloch**

Symptómy demencie môžu byť vyvolané aj zápalovými procesmi v mozgu. Najčastejšie sú spôsobené vírusovými infekciami. Napr. herpetické vírusy môžu vyvolať zápal mozgu, ktorého príznaky sú od ľahkých porúch pamäti, až k ťažkým prejavom demencie. Zápaly mozgu môžu spôsobiť aj pohlavne prenosné ochorenia infekcia HIV alebo syfilitída. Aj pri roztrúsenej skleróze môže dôjsť k zápalu mozgu. Lieči sa vysokými dávkami antibiotík pri úspešnej terapii, a ak mozog nie je príliš poškodený, môžu prejavy demencie ustúpiť.

### **Demencia po poraneniach lebky a mozgu**

Ak sa symptómy demencie objavia po poraneniach lebky, po páde, alebo úraze, alebo bezprostredne po nich, vtedy lekár môže okamžite konať a nápravu urobiť okamžite, napr. operáciou. Niekedy zostanú dôsledky úrazu nepozorované a prejavia sa až po nejakej dobe. Krvácanie v priestore medzi mozgom a lebečnými kosťami poškodzuje mozgové tkanivo pomaly a k poruchám pamäti vedie po týždňoch, či mesiacoch po úraze.

### **Demencia ako dôsledok mozgových nádorov**

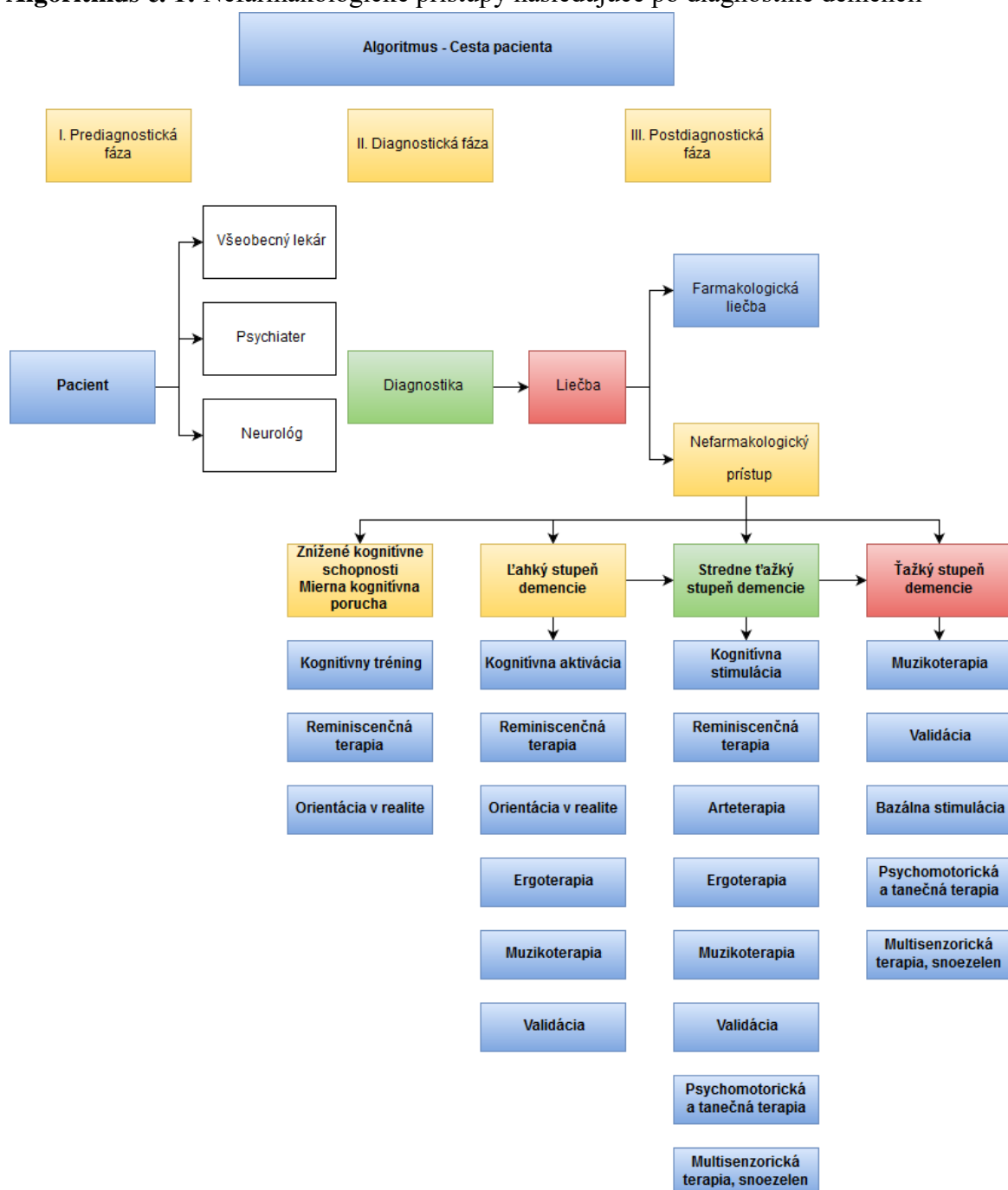
Nádory pomaly rastúce, či už zhubné alebo nezhubné, môžu spôsobovať symptómy demencie. Ak sú zistené včas, môžu s ich odstránením ustúpiť i jej prejavy.

## Mierna kognitívna porucha (MCI)

Mierna kognitívna porucha je považovaná za prechodnú fázu medzi normálnym stavom v oblasti celkovej kognitívnej výkonnosti a demenciou. Pacienti s MCI sú ešte úplne sebestační, sťažujú sa však na problémy so zapamätávaním. Mierna kognitívna porucha je pravdepodobne začiatkom väčšiny ochorení vedúcich k demencii, vrátane Alzheimerovej choroby. Ľuďom s MCI sa odporúča každodenná dostatočná pohybová a mentálna aktivita, udržiavať sociálne kontakty, neužívať lieky hypnotiká, nepiť alkohol a raz ročne absolvovať vyšetrenie kognitívnych funkcií

## Diagnostika / Postup určenia diagnózy

**Algoritmus č. 1:** Nefarmakologické prístupy nasledujúce po diagnostike demencií



Zdroj: autori štandardu.

### **I. Prediagnostická fáza.**

U pacienta sa v oblasti kognitívnych funkcií začínajú diať zmeny, ktoré pozoruje on sám a/aj jeho blízke osoby. Zvyčajne je to oblasť pamäťových schopností, vyjadrovania sa, orientácie, zmeny v emočnom prežívaní. Snaží sa im porozumieť, hľadá odbornú pomoc.

### **II. Diagnostická fáza**

Všeobecný lekár, psychiater, neurológ zrealizujú potrebné vyšetrenia pre diagnostiku stupňa kognitívneho postihnutia a stupňa demencie.

### **III. Postdiagnostická fáza**

Po diagnostike stupňa kognitívneho postihnutia a stupňa demencie špecialistom za spolupráce všeobecného lekára, nasleduje liečba, ktorá zahŕňa oblasť farmakologickej liečby a nefarmakologickej, ktorú realizuje liečebný pedagóg. K liečebnému pedagógovi odporúča pacienta všeobecný lekár, psychiater alebo neurológ. Po liečebno-pedagogickej diagnostike nasleduje návrh nefarmakologicko-terapeutických opatrení a ich realizácia. Na úrovni miernej kognitívnej poruchy je to: kognitívny tréning, reminiscenčná terapia a orientácia v realite. Pri ľahkom stupni demencie: kognitívna aktivizácia, reminiscenčná terapia, orientácia v realite, ergoterapia, muzikoterapia, validácia. Pri stredne ťažkom stupni: kognitívna stimulácia, reminiscenčná terapia, arteterapia, ergoterapia, muzikoterapia, validácia, psychomotorická a tanečná terapia a multisenzorická terapia – snoezelen. Pri ťažkom stupni demencie je indikovaná validácia, muzikoterapia, bazálna stimulácia, psychomotorická a tanečná terapia a multisenzorická terapia – snoezelen. Do ambulancie liečebného pedagóga prichádza pacient najčastejšie v sprievode rodinných príslušníkov alebo iných sprevádzajúcich osôb, často je súčasťou intervencie aj ich edukácia.

Účinok jednotlivých nefarmakologických intervencií realizovaných v skupine alebo individuálne, je sledovaný a vyhodnocovaný priebežne po každom stretnutí. Demencia je progredujúce ochorenie a zvyčajne u pacienta prichádza k zmene schopností (kognitívnych, sebaobslužných, motorických), k osobnostným a emocionálnym zmenám. Z toho dôvodu ďalšie vyhodnotenie a profitovanie pacienta z terapie nasleduje každé tri mesiace a o jej priebehu a výsledkoch je informovaný lekár, resp. iný zdravotnícky pracovník, ktorý pacienta odporučil k liečebnému pedagógovi.

Liečebno-pedagogická diagnostika je realizovaná v ambulancii liečebného pedagóga v nižšie uvedenej postupnosti:

- popis problému – rozhovor s pacientom, pomenovanie aktuálnych problémov pacienta a vytvorenie podmienok na spoluprácu,
- štúdium sociálnej a rodinnej anamnézy, podkladov stanovených ostatnými odborníkmi,
- realizácia vhodných alebo odporúčaných testov,
- analýza a interpretácia problému, stanovenie prognózy a návrh opatrení (vytvorenie liečebno-pedagogického programu ako podpornú terapiu pri riešení komplexnej liečbe demencie),
- priebežné hodnotenie realizovanej terapie, korigovanie terapeutických cieľov.

Ciele liečebno-pedagogickej diagnostiky:

1. identifikovanie aktuálneho problému pacienta,
2. priebežné sledovanie stavu pacienta,
3. definovanie návrhu nefarmakologickej intervencie,
4. edukácia príbuzných osôb a opatrovateľov,
5. vykazovanie zdravotného výkonu.

Konkrétne diagnostické metódy, ktoré využíva liečebný pedagóg vo svojej praxi:

**A. Skríninové vyšetrenia, škály a dotazníky pre posúdenie kognitívnych funkcií:**

Oblasť intelektových a pamäťových schopností:

- Mini Mental State Examination (MMSE).
- Montrealský test kognitívnych schopností – MoCA test (Montreal Cognitive Assessment, podľa Nasreddina, slovenská verzia).

Oblasť zrakovo - priestorových schopností:

- Test hodín (Clock Drawing Test – CDT).

**B. Zvládanie každodenných aktivít:**

- Testy bežných denných činností (ADL).
- Testy inštrumentálnych denných činností (IADL).

**C. Rečové schopnosti a ďalšie symbolické schopnosti:**

- Test verbálnej fluencie (Verbal Fluency Test - VFT):
  - Pozorovanie symbolických schopností – ukážka čítania, písania, počítania, pomenovania objektov, opakovanie slov, opakovanie jednoduchých príkazov spontánne verbálne prejavy pacienta.

**D. Depresívna a psychiatrická symptomatika:**


- Geriatrická škála depresie (Geriatric Depression Scale – GDS).

Skríninové vyšetrenia vykonáva okrem liečebného pedagóga - geriater, psychiater, neurológ, klinický psychológ, klinický logopéd.

**Tabuľka č. 2:** Skriningové vyšetrenia


Skriningové vyšetrenia	
 <p>ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP NEFARMAKOLOGICKÉ METÓDY A PRÍSTUPY V LIEČBE DEMENCIÍ</p>	
Vyšetrované domény	Odporúčené testové metódy a škály
Intelekt a pamäť	MMSE, MoCA
Zrakovo priestorové schopnosti	Clock Drawing test
Zvládanie každodenných aktivít	Škály ADL, IADL
Rečové schopnosti a ďalšie symbolické schopnosti	Test verbálnej fluencie (Verbal Fluency Test) Nešpecifické skúšky symbolických schopností + projektívne techniky
Depresívna a psychiatrická symptomatika	Geriatrická škála depresie, Neuropsychiatric Inventory

**Tabuľka č. 3:** Deterorácia kognitívnych schopností a odporúčené testové metódy, škály a dotazníky

Deteriorácia kognitívnych schopností a odporúčené testové metódy, škály a dotazníky	
 <p>ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP NEFARMAKOLOGICKÉ METÓDY A PRÍSTUPY V LIEČBE DEMENCIÍ</p>	
Diagnostický záver	Nefarmakologický prístup
Pacient v štádiu ľahkej/miernej demencie	kognitívna aktivizácia, orientácia v realite, ergoterapia, muzikoterapia
Pacient v štádiu stredne ťažkej demencie	kognitívna stimulácia, reminiscencia, ergoterapia, arteterapia, muzikoterapia, psychomotorická a tanečná terapia
Pacient v štádiu ťažkej demencie	muzikoterapia, psychomotorická terapia, bazálna stimulácia




**Tabuľka č. 4:** Klinická otázka, dôkazová hodnota, referencie

 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP NEFARMAKOLOGICKÉ METÓDY A PRÍSTUPY V LIEČBE DEMENCIÍ		
1. Klinická otázka	Dôkazová hodnota	Referencie
Včasná a presná diagnostika umožňuje efektívnu liečbu demencie, s využitím dostupných nefarmakologických prístupov	Ia	87
	Ib	
	IIa	
	IIb	
	III	2, 3, 46, 56, 62, 70, 80
	IV	4, 31, 36, 37, 39, 53, 54, 61, 63, 67, 68, 75, 77, 79, 89

## Liečba

Priebeh liečebného procesu u liečebného pedagóga

**Tabuľka č. 5:** Priebeh liečebného procesu u liečebného pedagóga

Priebeh liečebného procesu u liečebného pedagóga	
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP NEFARMAKOLOGICKÉ METÓDY A PRÍSTUPY V LIEČBE DEMENCIÍ	
1.	stanovenie stupňa postihnutia, štádium demencie
2.	anamnéza, predchádzajúce záujmy a schopnosti zručností, rozhovor s rodinou, liečebnopedagogická diagnostika
3.	zaradenie do terapeutického procesu
4.	vyhodnotenie aktuálneho stavu pred a po intervencii
5.	priebežné vyhodnocovanie terapeutického procesu

### Nefarmakologické metódy a prístupy podľa stupňa demencie:

#### a) Orientácia realitou (Reality orientation therapy ROT)

Tento druh terapie sa využíva na ovplyvňovanie správania, ktoré podporuje pacientovu samostatnosť a nezávislosť, schopnosť rozumieť meniacemu sa svetu čo najdlhšie. Patrí medzi behaviorálne prístupy v terapii, preto je vhodná pre pacientov len v začiatkových štádiách demencie, kedy pacient potrebuje a chce byť orientovaný. ROT zlepšuje celkovú orientáciu a znižuje zmätenosť pacienta. Ak je používaná citlivo, má dobrý efekt, avšak násilná orientácia môže vyprovokovať poruchy správania. Orientácia v realite je aktivizácia kognitívneho výkonu zameraná na schopnosť zvládať a štruktúrovať všedný deň. Jej ťažisko je teda v prítomnosti. Zvlášť je dôležitá pre pacientov, ktorí okrem kognitívnej poruchy trpia zhoršením zraku či sluchu.

**Cieľ ROT:**

- udržať kognitívne schopnosti pacienta čo najdlhšie na konkrétnej aktuálnej úrovni,
- podporiť schopnosť rozhodovania a spolupráce,
- posilňovať sociálne väzby a pôsobiť preventívne pred sociálnou izoláciou jedinca.

**Indikácia:** Pacienti s AD, VaD, FTD, LWB, ARD, PD v ľahkom / miernom štádiu demencie (MMSE 24–20 b).

**Podmienky:** homogenizovaná skupina.

**Forma:** individuálna a skupinová.

**Trvanie:** viackrát týždenne, 45–60 min.

**Vykonáva ju:** liečebný pedagóg a liečebný pedagóg so špecializáciou.

**b) Kognitívna aktivizácia (Cognitive activation CA)**

Kognitívna aktivizácia znamená ciele stimulovanie kognitívnych funkcií pacienta s demenciou: pamäť, pozornosť, reč, myslenie, vizuopriestorovú orientáciu, atď.

Podľa cieľového zamerania kognitívnu aktivizáciu členíme na:

**Kognitívnu stimuláciu (Cognitive stimulation CS)** – skupinové aktivity, ktoré podporujú kognitívne a sociálne fungovanie nešpecifickým spôsobom. Sú to napr. diskusie, supervidované voľnočasové aktivity, štruktúrované aktivity, ktoré stimulujú sémantickú pamäť pacientov, napr. vedomostné kvízy.

**Kognitívny tréning (Cognitive training CT)** – predstavuje prácu pod vedením lektora. Je to súbor štandardných úloh a cvičení vytvorených tak, aby reflektovali určité kognitívne funkcie ako pamäť, pozornosť, myslenie, orientáciu, exekutívne funkcie.

Termín kognitívny tréning vyjadruje precvičovanie kognitívnych schopností jedinca, ktoré sa touto činnosťou zaktivizujú; znamená posilňovanie aktuálnej úrovne kognitívnych funkcií a schopností pacienta. Je zameraný komplexne, nielen na schopnosti, ktoré v dôsledku ochorenia demenciou upadajú.

**Kognitívna rehabilitácia (Cognitive rehabilitation CR)** – je individualizovaný prístup k jedincom s kognitívnou poruchou. Pacient a jeho blízky príbuzný spolupracuje s terapeutom, aby identifikoval relevantné ciele a vybudoval stratégiu na ich dosiahnutie. Využíva sa pri pacientoch, ktorí potrebujú rehabilitovať schopnosti stratené v dôsledku hlavne traumatického poškodenia mozgu. Kognitívna rehabilitácia predpokladá obnovenie stratených funkcií aspoň do určitej miery. Zameriava sa tiež na podporu duševného vyrovnanie sa s funkčnými deficitmi.

**Cieľ kognitívneho tréningu a kognitívnej rehabilitácie:**

- stimulovať činnosť jednotlivých kognitívnych domén, jednotlivé kognitívne funkcie,
- precvičiť a posilniť všetky kognitívne funkcie pacienta,
- zlepšiť psychomotorické tempo,

- udržať kognitívne schopnosti pacienta čo najdlhšie na konkrétnej aktuálnej úrovni,
- podporovať sebedomie pacienta a motivovať ho k činnosti,
- podporiť schopnosť rozhodovania a spolupráce,
- posilňovať sociálne väzby a pôsobiť preventívne pred sociálnou izoláciou jedinca.

**Indikácia:** všetky typy demencií.

**Podmienky:** homogenizovaná skupina.

Pacienti v ľahkom / miernom štádiu demencie (MMSE 24–20 b), pacienti v strednom štádiu demencie (MMSE 19-10 b).

**Forma:** individuálna, skupinová.

**Trvanie:** 2–3x týždenne 45 min.

**Vykonáva ju:** liečebný pedagóg a liečebný pedagóg so špecializáciou.

### c) Ergoterapia (Occupational Therapy OT)

Ergoterapiu ako nefarmakologickú metódu môžeme vnímať z dvoch hľadísk: liečebno-pedagogického (v zahraničnej literatúre sa používa najčastejšie occupational therapy) alebo fyzioterapeutického.

Ergoterapia z liečebno-pedagogického pohľadu (používaný pojem aj činnostná terapia) je metóda, ktorej hlavným cieľom je „liečivý“ proces vytvorený vhodne zvolenými zmysluplnými činnosťami alebo aktivitami. Napomáha najmä pri stimulácii alebo náhrade stratených funkcií, taktiež bráni procesu zhoršenia a úpadku funkcií, najmä pri vykonávaní pracovných a záujmových činností. Liečba zamestnávaním u ľudí s demenciou sa snaží využívať v činnosti vlastnú motiváciu pacienta, ak vplyvom ochorenia tento aspekt absentuje, hľadajú sa v terapii ďalšie alternatívne možnosti, ako ponúknuť priestor pre sebarealizáciu a naplnenie aktuálnych potrieb sebarozvoja. Vykonáva ju liečebný pedagóg, liečebný pedagóg so špecializáciou. Ergoterapia v tomto kontexte nerozvíja len motorické a kognitívne schopnosti, ale aj sociálne, komunikačné zručnosti, predchádza nežiaducemu správaniu vyskytujúceму sa pri demenciách a stabilizuje psychické prežívanie pacienta. Konkrétne činnosti využívajúce sú napríklad tvorivé práce s rôznym materiálom, výtvarné techniky, práca s prírodninami a práce v záhrade, praktické činnosti bežného života, ale aj relaxačné techniky a aktivity stimulujúce kognitívne funkcie.

Ergoterapia z fyzioterapeutického hľadiska je súčasťou fyzioterapie. Jej cieľom je minimalizovať funkčné straty, dosiahnuť čo najvyššiu sebestačnosť a nezávislosť pacienta a zvýšiť kvalitu jeho života. Zaoberá sa nielen využívaním kompenzačných pomôcok, či precvičovaním pohybovej koordinácie, ale pôsobí aj v oblasti sociálnej rekonvalescencie a pracovnej reintegrácie. Využíva príbuzné metódy ako liečebná pedagogika. Metódy ergoterapie tu uplatňuje fyzioterapeut špecialista v ergoterapii, a to najmä v oblasti prevencie, ergodiagnostike a liečbe ochorení.

V problematike pacientov s demenciou je aktivizácia v rámci ergoterapie dôležitá z hľadiska:

- prevencie - predchádzanie pasivite a sociálnej izolácie,
- udržiavania a zachovania seba obslužných schopností a zručností,

- redukcie senzorickej deprivácie a spoločenskej izolácie,
- podpory kognitívnych a motorických funkcií,
- spomalenia prechodu do vyšších štádií ochorenia.

#### **Cieľ ergoterapie:**

- posilniť motorické schopnosti hrubej, aj jemnej motoriky,
- zachovať sebestačnosť v denných činnostiach,
- zlepšiť psychomotorické tempo,
- udržať kognitívne schopnosti pacienta čo najdlhšie na konkrétnej aktuálnej úrovni,
- podporovať sebavedomie pacienta a motivovať ho k činnosti,
- podporiť schopnosť rozhodovania a spolupráce (pocit sebarealizácie),
- posilňovať sociálne väzby a pôsobiť preventívne pred sociálnou izoláciou jedinca.

Zaujatie činnosťou oslabuje prejavy demencie, ako nepokoj, plačlivosť, apatiu, podporuje prirodzený rytmus deň - noc. **Dôraz je kladený na proces, nie na výsledok.**

**Indikácia:** všetky typy demencií.

**Podmienky:** homogenizovaná, aj heterogénna skupina.

Pacienti v ľahkom / miernom štádiu demencie (MMSE 24–20 b), pacienti v strednom štádiu demencie (MMSE 19-10 b).

**Forma:** individuálna – pre pacientov so zmyslovými a fyzickými obmedzeniami, pre pacientov, ktorí netolerujú skupinu.

**Trvanie:** 2–3x týždenne 45 min. Forma skupinová: (5–8 pacientov).

**Vykonáva ju:** liečebný pedagóg a liečebný pedagóg so špecializáciou.

#### **d) Reminiscenčná terapia (Reminiscence therapy RT)**

Reminiscenčná terapia využíva spomienky a vybavovanie si minulých aktivít, prežitých udalostí a skúseností prostredníctvom rôznych podnetov. Jej použitie je významné hlavne pri pacientoch s demenciou, ktorí trpia poruchami krátkodobej pamäti, ale často si veľmi dobre vybavujú minulé udalosti z ich života. Spomienky sú osvedčeným prostriedkom komunikácie a interakcie.

Reminiscenčný prístup stimuluje pozitívne spomienky zo života pacienta, ktoré sa majú opäť oživiť. Využívajú sa pri tom fotografie, spomienkové albumy, osobné alebo ozdobné predmety, básne, hudba, oblečenie, staré pracovné nástroje, ale tiež pachy a vône. Z terapeutického prístupu profitujú osoby, ktoré si dokážu vybaviť spomienku vedome a jasne rozoznávajú minulosť od prítomnosti. Ide teda o pacientov v ľahkej demencii, kedy ešte nie sú výrazne dezorientovaní časom, situáciou, priestorom. V spomienkach sa vracajú do doby, keď boli aktívni, zdraví, šťastní a prežívajú opäť toto obdobie. Tak sa vracajú späť do mladších etáp ich života a hovoria o nej v súčasnosti. Posilňuje sa ich zmysel pre sebaúctu a identitu, posilňujú sa ich silné stránky v každodenných činnostiach.

#### **Cieľ reminiscenčného prístupu:**

- stimulovať jednotlivé kognitívne funkcie,

- stimulovať rozprávanie, verbálnu komunikáciu, interakciu medzi zúčastnenými,
- podporovať pacienta a motivovať ho k činnosti,
- podporiť schopnosť rozhodovania, spolupráce a sebavedomie pacienta,
- posilňovať sociálne väzby a pôsobiť preventívne pred sociálnou izoláciou jedinca.

**Indikácia:** všetky typy demencií okrem demencie s depresiou.

**Podmienky:** homogenizovaná skupina.

Pacienti v ľahkom/miernom štádiu demencie (MMSE 24-20 bodov), pacienti v strednom štádiu demencie (MMSE 19-10 bodov).

**Forma:** individuálna , skupinová.

**Trvanie:** 1 x týždenne 45 min.

**Vykonáva ju:** liečebný pedagóg a liečebný pedagóg so špecializáciou.

#### e) Muzikoterapia (Music therapy MT)

Muzikoterapia ako nefarmakologický prístup sa u pacientov s demenciou používa, ako tzv. **komplexná metóda**, pretože na hudbu reaguje telo, orgány a zmysly, ale predovšetkým psychika. Hudba priamo ovplyvňuje srdcový tep. Hudba rýchlejších rytmov krvný tlak a srdcový tep zvyšuje, zatiaľ čo pomalé tóny srdcovú činnosť upokojujú. Muzikoterapia je indikovaná pre všetky typy demencií a je vhodná vo všetkých štádiách ochorenia.

**Cieľ MT:**

- predchádzať vzniku neuropsychiatrických prejavov alebo vedie k ich oslabeniu,
- stimulovať autobiografickú a epizodickú pamäť. Pravidelnou indikáciou môžeme predpokladať, že môže spomaliť kognitívny pokles najmä u týchto druhov pamäti,
- posilniť emocionálne prežívanie pacienta,
- podporiť a zlepšiť psychomotorické tempo,
- podporovať sebavedomie pacienta a motivovať ho k činnosti,
- podporiť schopnosť rozhodovania a spolupráce,
- posilňovať sociálne väzby a pôsobiť preventívne pred sociálnou izoláciou jedinca.

**Indikácia:** všetky typy demencií.

Pacienti v ľahkom, strednom aj ťažkom štádiu demencie (MMSE 24–9 b).

**Forma:** individuálna a skupinová.

**Trvanie:** 2-3x týždenne.

**Vykonáva ju:** liečebný pedagóg a liečebný pedagóg so špecializáciou.

#### f) Psychomotorická (PMT) u pacientov s demenciou

Psychomotorická terapia ponúka psychomotorické aktivity, prostredníctvom ktorých človek získava informácie o sebe a blízkom i vzdialenejšom okolí sveta. Môže si precítiť rôzne kontexty, situácie, vzťahy, súvislosti v procese, v konkrétnom zážitku a na základe reálnych výkonov. Základným vyjadrovacím prostriedkom **je pohyb**. Dôsledkom demencie môže byť znížená pohyblivosť, koordinácia pohybov a mobilita ako taká. V dôsledku toho sú narušené sociálne vzťahy v rodine i v širšom prostredí. Pacient sa nezriedka dostáva do izolácie, trpí

samotou, je deprimovaný. PMT ho dokáže prostredníctvom jednoduchých pohybových činností aktivizovať, viesť k zdravému pohybu, a tak zmierniť jeho zdravotné ťažkosti a súčasne ovplyvniť aj sociálne vzťahy. Výhodiskom a zmyslom aktivizácie je aj potenciál k zachovaniu, či rozvoju autonómie a naplnenia potrieb pacienta. Na rozdiel od psychomotorickej terapie sa fyzioterapia zaoberá viac fyzickou stránkou jedinca, dbá napríklad na prevenciu pred pohybovým upadáním, dekubitmi, zaoberá sa regeneráciou svalového tkaniva, či funkčnosťou kĺbov. Je súčasťou odboru rehabilitácia.

### **Súčasťou PMT je aj:**

**Tanec**, ktorý predstavuje veľmi účinnú aktivitu pre ľudí s demenciou. Je dôležitý z hľadiska pohybového vybavovania spomienok. Prostredníctvom tvorby pohybu - tancovania – si človek s demenciou spomína na dôležité momenty a udalosti v živote. TPT je psychoterapeutický prístup, ktorý účastníkovi umožňuje lepšie poznávať svoje vnútorné (intrapsychické) a vonkajšie (interpersonálne) fungovanie. Dôraz sa kladie na prepojenosť pohybu, atmosféry (kontaktu s okolím), emócií a presného pomenovania v rámci procesu. TPT môžeme definovať ako psychoterapeutické využitie pohybu a tanca kreatívnom zapojení jedinca do procesu, v ktorom je podporovaná jeho emocionálna, fyzická a sociálna integrácia.

**Relaxácia**, teda uvoľnenie, pokles fyzického a psychického napätia. U ľudí s demenciou preferujeme pasívne formy relaxácie, autogénny tréning. Pri strachu, úzkosti sú vhodné techniky so zabaľovaním a rozbaľovaním – kukla, hojkanie v deke, hniezdo. Emócie umožnia odreažovať a rozvinúť rozprávky a príbehy, prírodné motívy.

### **Cieľ psychomotorickej terapie:**

- stimulovať činnosť jednotlivých kognitívnych domén, jednotlivé kognitívne funkcie,
- zlepšiť hrubú a jemnú motoriku, psychomotorické tempo,
- udržať kognitívne schopnosti pacienta čo najdlhšie na konkrétnej aktuálnej úrovni,
- podporiť schopnosť rozhodovania a spolupráce, sebavedomie pacienta,
- posilňovať sociálne väzby a pôsobiť preventívne pred sociálnou izoláciou jedinca,
- udržiavať koordináciu pohybov a chôdzu,
- stimulovať a podporovať vykonávanie sebaobslužných úkonov prostredníctvom cieľených cvičení.

**Indikácia:** všetky typy demencií.

Pacienti v ľahkom / miernom a strednom štádiu demencie (MMSE 24–9 bodov).

**Forma:** individuálna a skupinová.

**Trvanie:** 2-3x týždenne, 30-10 min.

**Vykonáva ju:** liečebný pedagóg a liečebný pedagóg so špecializáciou.

### **g) Arteterapia (AT)**

Arteterapia je liečba umením, ktorá využíva samotný kreatívny proces. Nevyžaduje od pacienta predchádzajúce výtvarné vzdelanie či vedomosti. Pri arteterapii je dôležitý zážitok zo samotnej aktivity, nie odborná či estetická úroveň vytvoreného výsledku.

### **Cieľ arteterapie v práci s pacientmi s demenciou:**

- aktivizovať kreatívny potenciál pacientov v zmysle akceptácie, orientácie a zvládania demencie,
- spomaliť kognitívny úpadok pacienta,
- zlepšovať kvalitu života pacienta a jeho rodiny,
- predchádzať vzniku neuropsychiatrických porúch u pacienta s demenciou,
- spolupracovať s pacientmi, ktorých vedomosti a často aj verbálne komunikačné zručnosti sú ovplyvnené demenciou a umožňujú len neverbálnu komunikáciu,
- zlepšiť interakciu a komunikáciu s pacientom s demenciou,
- stimulovať a zapojiť neporušené oblasti mozgu,
- ventilovať negatívne emócie,
- podporiť relaxáciu, koncentráciu.

**Indikácia:** všetky typy demencií.

**Podmienky:** homogenizovaná aj heterogénna skupina.

Pacienti v ľahkom / miernom štádiu demencie (MMSE 24–20 b), pacienti v strednom štádiu demencie (MMSE 19-10 b).

**Forma:** individuálna a skupinová .

**Trvanie:** 1x týždenne 45 min.

**Vykonáva ju:** liečebný pedagóg a liečebný pedagóg so špecializáciou.

#### **h) Bazálna stimulácia**

Cieľom bazálnej stimulácie u pacientov s demenciou je umožniť vnímanie podnetov z vnútorného a vonkajšieho prostredia tak, aby dochádzalo k vnímaniu vlastnej identity, zlepšeniu komunikácie s okolím, zvládnutiu orientácie v osobe, priestore a čase a zlepšeniu funkcií organizmu. Najdôležitejšou myšlienkou konceptu bazálnej stimulácie je prijatie klienta v akomkoľvek zdravotnom stave ako individuálnu osobnosť s určitými schopnosťami, potrebami a s potrebou komunikovať s okolím. Ľudia s demenciou si uvedomujú svoje potreby, vlastné telo, okolie len s problémami. Preto liečebný pedagóg využíva spôsob reči, dotykovo - hmatové podnety, čuchové, zrakové, chuťové, sluchové, iné stimuly pre otvorenie sa a nadviazanie komunikácie. Liečebný pedagóg používa bazálnu stimuláciu hlavne u pacientov ležiacich, nekomunikujúcich, osamotených.

**Indikácia:** všetky typy demencií a najmä pacienti ležiaci na lôžku, bez sociálneho kontaktu a stimulov.

Stredne ťažká a ťažká demencia MMSE (15–0 b).

**Forma:** individuálna.

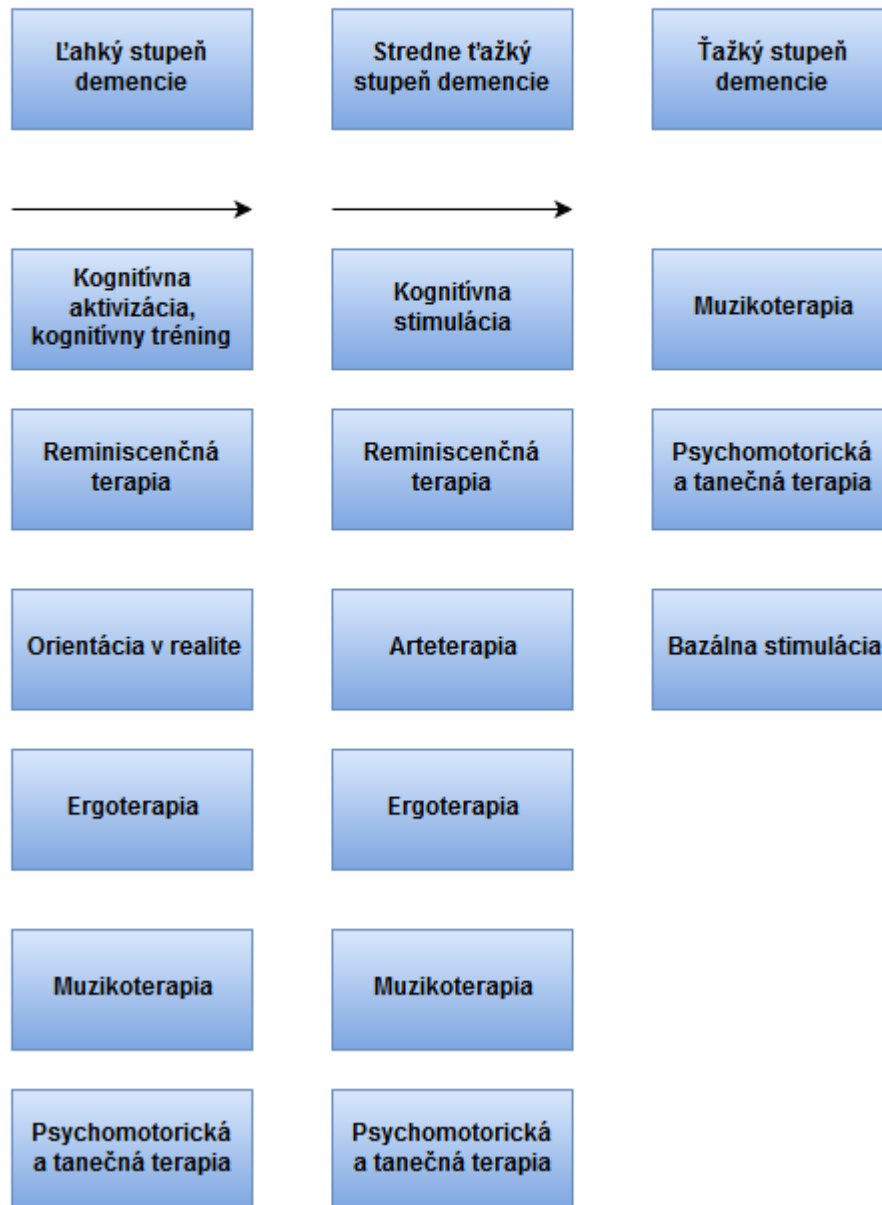
**Trvanie:** podľa potreby, niekoľko krát denne.

**Vykonáva ju:** liečebný pedagóg a liečebný pedagóg so špecializáciou.

Nasledujúca tabuľka graficky znázorňuje indikácie jednotlivých nefarmakologických prístupov podľa stupňa demencie.


**Algoritmus č. 1:** Nefarmakologické prístupy v kontexte jednotlivých štádií demencie

**Algoritmus - Nefarmakologické prístupy v kontexte jednotlivých štádií demencie**





**Tabuľka č. 6:** Klinická otázka, dôkazová hodnota, referencie

 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP NEFARMAKOLOGICKÉ METÓDY A PRÍSTUPY V LIEČBE DEMENCIÍ		
2. Klinická otázka	Dôkazová hodnota	Referencie
Zaradenie nefarmakologických prístupov do liečby demencie spomaľuje progredovanie ochorenia a ovplyvňuje intenzitu nežiadúcich prejavov ochorenia	Ia	1, 14, 19, 38, 45, 47, 55, 65, 69, 85, 88, 90
	Ib	74, 22, 24, 25
	IIa	9, 30
	IIb	23, 26
	III	28, 40, 66
	IV	6, 11, 13, 16, 20, 34, 41, 17, 58, 59, 49, 51, 52, 60, 71, 76, 84

## Prognóza

Demencia je ochorenie postupujúce, nezvratné, ireverzibilné, končí sa úplnou odkázanosťou na druhých ľudí a smrťou. Doba prežitia závisí od včasnej diagnózy a včasnej farmakologickej aj nefarmakologickej liečby. Nefarmakologické prístupy sú zamerané najmä na prejavy demencie v oblasti prežívania a správania človeka s demenciou, na zlepšenie kognitívnych funkcií, alebo na spomalenie ich zhoršovania, na zlepšenie a udržanie schopnosti človeka zvládať každodenné aktivity, na podporu sebaúcty človeka s demenciou. Nefarmakologické prístupy významne zlepšujú kvalitu života aj pacientovej rodiny, ak je rodina dostatočne edukovaná v problematike používania prvkov jednotlivých druhov nefarmakologických prístupov.

## Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Demencia je jedna z najväčších zdravotných výziev súčasnosti. Vplyv aktuálne dostupných liekov v liečbe demencií je limitovaný a ich používanie pri problémovom správaní je spájané so signifikantnými rizikami. Kombinácia farmakologických a nefarmakologických prístupov je preto jedna z možných ciest liečby.

Väčšina nefarmakologických prístupov v manažmente demencií je uchopiteľná skôr kvalitatívnymi metódami. Naproti tomu medicína založená na dôkazoch vyžaduje výsledky kvantitatívne, a to hlavne výsledky randomizovaných kontrolovaných štúdií, ktoré sa u mnohých nefarmakologických metód dajú zatiaľ len ťažko uskutočniť.

Z posudkového hľadiska, osoby v produktívnom veku, u ktorých je diagnostikovaná choroba označená v MKCH 10. verzia pod alfanumerickým kódom F00 - F09, je možné podľa prílohy č. 4 k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, uznať invalidnými s mierou poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť až do 80%. Zdravotný stav sa posudzuje na základe neurologického vyšetrenia, psychologického vyšetrenia s vyšetrením na organicitu, s uvedením jednotlivých zložiek psychických porúch a psychiatrického vyšetrenia, s dokumentovaním porúch osobnosti, správania, prispôsobenia

v sociálnej komunite. Posudzujú sa znevýhodnenia, ktoré limitujú alebo znemožňujú plnenie normálnych pracovných činností zodpovedajúcich veku. Pri ostatných demenciách, napr. alkoholovej demencii, demencii v dôsledku úrazu hlavy, demencii spôsobenej depresiou, a iné, sa posudzuje na účely invalidity základné ochorenie, ktorého súčasťou je demencia, ktorá má podľa svojej závažnosti vplyv na určenie výšky percentuálnej miery poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť.

Uvedené je v súlade s platnou legislatívou v oblasti sociálneho poistenia.

## **Zabezpečenie a organizácia starostlivosti**

Hlavným princípom starostlivosti o ľudí s demenciou je multidisciplinárny prístup. Kvalitná starostlivosť si vyžaduje prístupné zdravotnícke služby, poskytovanie poradenských služieb, podporovanú domácu starostlivosť a dobre vybudovanú sieť sociálnych služieb. Udržanie vysokého štandardu starostlivosti je nákladné ekonomicky aj personálne, ľudia s demenciou budú vždy súperiť o finančné prostriedky s inými skupinami obyvateľstva. Avšak zainteresovaní odborníci majú morálnu povinnosť pomôcť a uľahčiť život človeku postihnutému demenciou aj jeho rodine a opatrovateľom. Optimálna starostlivosť znamená dobrú komunikáciu medzi odborníkmi, ktorí sa na nej podieľajú svojim záujmom, vedomosťami aj vlastnou energiou. Snahou všetkých zainteresovaných by malo byť čo najdlhšie udržať pacienta s demenciou v jeho prirodzenom domácom prostredí.

Multidisciplinárny prístup zabezpečujú:

- poskytovatelia zdravotnej ústavnej starostlivosti,
  - psychiatrické a neurologické oddelenia, psychiatrické nemocnice, LDCH s potrebným vybavením,
  - diagnostika a farmakologická liečba, nefarmakologická terapia, rehabilitácia, paliatívna starostlivosť.

Pre pacienta s demenciou je náročná zmena prostredia, preto je vhodné minimalizovať pobyt v zdravotníckom zariadení:

- poskytovatelia ambulantnej zdravotnej starostlivosti:
  - psychiatrické a neurologické ambulancie,
  - diagnostika a farmakologická liečba demencie, symptomatická farmakoterapia kognitívnej poruchy a neuropsychiatrických symptómov,
- denný psychiatrický stacionár pre pacientov s demenciou:
  - farmakoterapia demencie, psychoterapia, nefarmakologická terapia, psychoedukácia, rehabilitácia,
- ďalší zdravotnícki pracovníci podieľajúci sa na diagnostike, terapii a starostlivosti sú:
  - iní zdravotnícki pracovníci – liečebný pedagóg, klinický psychológ, neuropsychológ, klinický logopéd,
  - sociálny pracovník, špeciálny pedagóg, fyzioterapeut, inštruktor sociálnej rehabilitácie,

- sociálna starostlivosť:
  - špecializovaná starostlivosť ambulantnou formou (ŠZa) - denná forma starostlivosti podľa Zákona o sociálnych službách 448/2008 v znení neskorších predpisov, poskytuje kognitívnu stimuláciu, kognitívny tréning, Orientáciu v realite, Arteterapiu, Ergoterapiu, Muzikoterapiu, Koncentračno-pohybovú terapiu, Reminiscenčná terapia, Validáciu, Motogeragogiku,
  - špecializovaná starostlivosť pobytovou formou ( ŠZ ) - pobytová forma starostlivosti podľa Zákona o sociálnych službách 448/2008 v znení neskorších predpisov, poskytuje kognitívnu stimuláciu, tréning zachovaných kognitívnych funkcií, Orientáciu v realite, Arteterapiu, Ergoterapiu, Muzikoterapiu, Koncentračno-pohybovú terapiu, Reminiscenčná terapia, Validáciu, Bazálnu stimuláciu, Motogeragogiku,
  - špecializované liečebno-pedagogické a/alebo sociálne poradenstvo pre ľudí s demenciou a ich blízke okolie,
  - vzdelávanie a podpora rodín a rodinných blízkych, profesionálnych opatrovateľov, ktorí sa starajú o človeka s demenciou. Intenzívny podporno – edukačný program pre rodiny je nevyhnutnou súčasťou starostlivosti nielen o pacienta s demenciou, ale aj o jeho blízke okolie. Napomáha porozumieť stavom dezorientácie a ostatným symptómom demencie, najmä z oblasti zmien v správaní, ktoré je pre opatrovateľov najviac záťažová,
  - podporné skupiny pre blízkych, ktorí sa starajú o ľudí s demenciou, či už v domácom prostredí alebo sú umiestnení v inštitúcii poskytujúcej zdravotnú a sociálnu starostlivosť. Podporné skupiny fungujú najčastejšie na princípe samoregulácie, samovedenia, účastníci majú priestor pre vyjadrenie svojich pocitov, obáv, ale aj úspechov pri opatrovaní človeka s demenciou. Stretávajú sa v nich ľudia z podobných komunit a s podobnými problémami z oblasti starostlivosti o seniorov. Len dobre informovaný opatrovateľ dokáže naplniť potreby pacienta s demenciou, vytvoriť vhodné podmienky v jeho prirodzenom (primárnom) prostredí.

### **Formy starostlivosti o pacienta a rodinu**

**Komunitná starostlivosť** predstavuje dôležitý nástroj starostlivosti o ľudí s Alzheimerovou chorobou v ich prirodzenom prostredí. Sú na nej zainteresovaní nielen všetci odborníci v zdravotníckej a sociálnej oblasti, ale osobitne rodinní príslušníci a opatrovatelia. Spoločným záujmom všetkých zainteresovaných je ponechanie chorých čo najdlhšie v ich prirodzenom prostredí, oddialenie finálnej inštitucionalizácie. Komplexná starostlivosť zahŕňa aj pomoc a podporu rodinám a opatrovateľom ľudí s Alzheimerovou chorobou najmä

vo formálnych alebo neformálnych podporných skupinách. Ideálnym riešením môže byť kombinácia pobytu v dennom stacionári a domáceho prostredia.


**Ambulantné zdravotnícke služby** majú formu denného stacionára, kde má človek s demenciou indikovanú farmakoterapiu a nefarmakologické prístupy. Okrem toho zabezpečuje dohľad a napĺňanie sociálnych potrieb pacienta. Súčasťou je monitorovanie priebehu choroby, osobitne rušivých neuropsychiatrických symptómov.

**Ústavná starostlivosť** je poskytovaná na psychiatrických klinikách, v psychiatrických nemocniciach, na gerontopsychiatrických oddeleniach, na geriatrických oddeleniach a v liečebniach dlhodobo chorých.

Demencia je terminálne ochorenie, pacienti sú veľmi krehkí, môžu mať bolesti, ťažkosti, ktoré nedokážu vyjadriť. Z toho dôvodu je pre nich výhodnejšia hospicová, paliatívna starostlivosť ako bežné interné alebo psychiatrické oddelenie.

**V rámci riešenia problematiky demencií je nevyhnutné zintenzívniť spoluprácu zdravotníctva so sociálnou sférou.**

**Tabuľka č. 7:** Klinická otázka, dôkazová hodnota, referencie

 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP NEFARMAKOLOGICKÉ METÓDY A PRÍSTUPY V LIEČBE DEMENCIÍ		
3. Klinická otázka	Dôkazová hodnota	Referencie
Aplikáciou nefarmakologickej liečby je zabezpečená multidisciplinarita v liečbe demencií, keďže škála odborníkov, ktorí sa v nefarmakologickej liečbe angažujú, sa rozširuje aj na prácu s najbližším okolím chorého a jeho prežívanie a potreby, ktoré sa počas ochorenia menia	Ia	1, 7, 14, 15, 19, 38, 45, 55
	Ib	74, 81
	IIa	57
	IIb	30
	III	
	IV	5, 6, 8, 10, 11, 12, 16, 18, 20, 21, 27, 29, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 48, 50, 51, 53, 59, 60, 64, 72, 73, 77, 78, 79, 83, 84, 85, 86, 89, 91

### Ďalšie odporúčania

Demencia, viac než ktorékoľvek iné ochorenie, si vyžaduje spoluprácu rodiny a zdravotníckych odborníkov. Človek s demenciou prežije najdlhšie obdobie svojho života v domácom prostredí, v starostlivosti členov svojej rodiny. Kvalita života človeka s demenciou závisí od možnosti realizovať odporúčania rodinnými príslušníkmi, ktorého sa im dostane od odborníkov. Z toho dôvodu je potrebné aby dostali potrebnú pomoc a podporu ako sa postarať o pacienta čo najlepšie a aby pritom neutrpelo ich fyzické a psychické zdravie. Túto podporu môžu získať na podporných skupinách, ktoré organizuje na Slovensku Slovenská Alzheimerova spoločnosť. Podporná skupina pre príbuzných a opatrovateľov slúži

nielen na vzájomnú emocionálnu podporu a výmenu skúseností z opatrovania chorého, ale aj na získavanie nových informácií a vedomostí o ochorení. Každý člen skupiny má čo ponúknuť, napr. náhľad na svoje skúsenosti so starostlivosťou alebo iné užitočné informácie, ktoré môžu byť prínosom pre ostatných. Rovnako tak môže každý člen skupiny získať vlastné uspokojenie tým, že sa podelí o svoje pocity a zbaví sa tak tenzie zo svojich starostí.

### **Alternatívne odporúčania**

K odporúčaniam patrí vznik komunitných centier duševného zdravia, poskytujúcich špecializovanú komunitnú zdravotnú starostlivosť, ktorú zabezpečujú interdisciplinárne tímy odborníkov. Minimálne jedno centrum v každom kraji Slovenskej republiky.


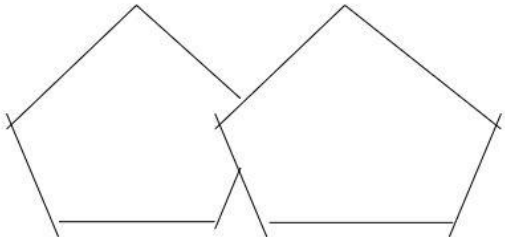
K ďalším druhom terapie patrí:

- aromaterapia, ktorá môže upokojiť pacienta (napr. balzam s výťažkom citróna a levanduľový olej),
- snoezelen a multisenzorické prostredie, môže pozitívne ovplyvniť spánok, predlžuje pacientovi deň a je prevenciou pasivity a podporuje aktivitu,
- masáže prsov na rukách, dlaní a predlaktia – upokojujú pacienta,
- prvky jogy – uspokojená ľudom s demenciou – zlepšuje koncentráciu, kognitívne funkcie, pohybové schopnosti,
- validácia podľa Naomi Feil – metóda komunikácie s veľmi starými ľuďmi a s ľuďmi s demenciou. Stavia na rešpekte a empatii. Prispieva k opätovnému nadobudnutiu dôstojnosti a spomaľuje nástup posledného štádia Alzheimerovej demencie. Preukázateľný je jej pozitívny vplyv na reč a správanie seniora s Alzheimerovou demenciou,
- biblioterapia-využíva čítanie, príbehy, rozhovor, prácu s textom. Pri práci s pacientom sa používa individuálna alebo skupinová forma,
- podporné skupiny pre formálnych aj neformálnych opatrovateľov.

### **Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu**

Prvý audit a revízia po roku, následne každé 4 roky.


**Príloha č. 1:** Folsteiov test kognitívnych funkcií - MMSE (mini - mental - state - examination)

 <b>Folsteiov test kognitívnych funkcií – MMSE</b> <b>(mini – mental – state - examination)</b>	
Orientácia	Počet bodov
Aký je (rok), (ročná doba), (mesiac), (deň v týždni) dátum?	5
Kde ste teraz (krajina), (oblasť), (mesto), (ulica, prípadne nemocnica), (číslo domu, prípadne poschodie alebo číslo izby v nemocnici) nachádzate? Za každú správnu odpoveď získa pacient po jednom bode.	5
Pamäť	
Vyšetrujúci vymenuje 3 predmety počas troch sekúnd, napr. strom, okno, kniha a vyzve pacienta, aby ich zopakoval. Za každý správne zopakovaný predmet získa po jednom bode.	3
Pozornosť a počítanie	
Odpočítajte sedem čísel od čísla 100. Ukončí sa po 5 odpovediach. Každá správna odpoveď po jednom bode.	5
Krátkodobá pamäť	
Vybatve si a pomenujte predtým uvedené predmety	3
Jazyk	
- Vyšetrujúci ukáže dva predmety, napr. ceruzka, hodinky a vyzve pacienta, aby ich pomenoval	2
- Opakujte slová: ale, avšak a predsa	1
- Urobte po sebe tieto úkony: zoberte papier do pravej ruky, preložte ho napoly a položte na stôl	3
- Prečítajte a urobte tento príkaz (pacient dostane lístok s výzvou):	
· „zatvorte obidve oči“,	1
· „napíšte vetu obsahujúcu podmet a prísudok“,	1
· „namalujte podľa predlohy tento obrazec“.	1
	

**Hodnotenie:**

- 0–10 bodov – ťažká kognitívna porucha,
- 11–20 bodov – kognitívna porucha stredného stupňa,
- 21–23 bodov – ľahká porucha,
- 24–30 bodov – norma.

## Príloha č. 2: Geriatrická škála depresie - krátka forma

 <b>Geriatrická škála depresie - krátka forma</b>	
<b>Otázky</b>	<b>Odpoveď</b>
1. Ste v podstate spokojný(á) so svojím životom?	áno – <b>nie</b>
2. Opustili ste veľa svojich aktivít a záujmov?	<b>áno</b> – nie
3. Máte pocit, že Váš život je prázdny?	<b>áno</b> – nie
4. Pociťujete často nudu, prázdnotu?	<b>áno</b> – nie
5. Máte väčšinou dobrú náladu?	áno – <b>nie</b>
6. Bojíte sa, že sa Vám stane niečo zlého?	<b>áno</b> – nie
7. Ste väčšinou šťastný(á)?	áno – <b>nie</b>
8. Cítite sa často bezmocný(á)?	<b>áno</b> – nie
9. Zostávate radšej doma, ako by ste išli von a niečo podnikol(a)?	<b>áno</b> – nie
10. Máte pocit, že máte viac problémov s pamäťou ako ostatní?	<b>áno</b> – nie
11. Myslíte, že je pekné žiť v tejto dobe?	áno – <b>nie</b>
12. Tak, ako ste na tom teraz, cítite sa bezcenný(á)?	<b>áno</b> – nie
13. Cítite sa plný(á) energie?	áno – <b>nie</b>
14. Pociťujete svoju situáciu ako beznádejnú?	<b>áno</b> – nie
15. Myslíte si, že väčšina ľudí je na tom lepšie ako Vy?	<b>áno</b> – nie

**Hodnotenie:** každá silne označená odpoveď znamená 1 bod.


Výsledné skóre:

0-7 bodov-norma,

8-12 bodov-mierna depresia,

13-15 bodov-výrazná depresia.

**Príloha č. 3:** Test inštrumentálnych denných činností – IADL (Instrumental activity daily living)

 <b>Bartelovej test základných denných aktivít – ADL</b> <b>(Activity daily living)</b>		
Činnosť	Zvládnutie činnosti	Body
Jedenie/pitie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samostatne, bez pomoci</li> <li>• S pomocou</li> <li>• Nezvládne</li> </ul>	10 5 0
Obliekanie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samostatne, bez pomoci</li> <li>• S pomocou</li> <li>• Nezvládne</li> </ul>	10 5 0
Kúpanie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samostatne alebo s pomocou</li> <li>• Nezvládne</li> </ul>	10 0
Osobná hygiena	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samostatne alebo s pomocou</li> <li>• Nezvládne</li> </ul>	10 0
Kontinencia moču	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plne kontinentný</li> <li>• Občas inkontinentný</li> <li>• Inkontinentný</li> </ul>	10 5 0
Kontinencia stolice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plne kontinentný</li> <li>• Občas inkontinentný</li> <li>• Inkontinentný</li> </ul>	10 5 0
Použitie WC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samostatne, bez pomoci</li> <li>• S pomocou</li> <li>• Nezvládne</li> </ul>	10 5 0
Presun z postele na stoličku	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samostatne, bez pomoci</li> <li>• S malou pomocou</li> <li>• Vydrží sedieť</li> <li>• Nezvládne</li> </ul>	15 10 5 0
Chôdza po rovine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samostatne nad 50 m</li> <li>• S pomocou 50 m</li> <li>• Na vozíku 50 m</li> <li>• Nezvládne</li> </ul>	15 10 5 0
Chôdza po schodoch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samostatne, bez pomoci</li> <li>• S pomocou</li> <li>• Nezvládne</li> </ul>	10 5 0

**Poznámka:** Staňková, 2001 – České ošetrovatelství 6-Hodnocení a měřící techniky ošetrovatelské praxi.

**Vyhodnotenie stupňa závislosti:**


0–40 bodov – závislý,

41–75 bodov – čiastočne závislý,

76–80 bodov – nezávislý



**Príloha č. 4: Bartelovej test základných denných aktivít – ADL (Aktivity daily living)**

 <b>Bartelovej test základných denných aktivít – ADL (Activity daily living)</b>		
Činnosť	Zvládnutie činnosti	Body
Jedenie/pitie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samostatne, bez pomoci</li> <li>• S pomocou</li> <li>• Nezvládne</li> </ul>	10 5 0
Obliekanie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samostatne, bez pomoci</li> <li>• S pomocou</li> <li>• Nezvládne</li> </ul>	10 5 0
Kúpanie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samostatne alebo s pomocou</li> <li>• Nezvládne</li> </ul>	10 0
Osobná hygiena	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samostatne alebo s pomocou</li> <li>• Nezvládne</li> </ul>	10 0
Kontinencia moču	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plne kontinentný</li> <li>• Občas inkontinentný</li> <li>• Inkontinentný</li> </ul>	10 5 0
Kontinencia stolice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plne kontinentný</li> <li>• Občas inkontinentný</li> <li>• Inkontinentný</li> </ul>	10 5 0
Použitie WC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samostatne, bez pomoci</li> <li>• S pomocou</li> <li>• Nezvládne</li> </ul>	10 5 0
Presun z postele na stoličku	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samostatne, bez pomoci</li> <li>• S malou pomocou</li> <li>• Vydrží sedieť</li> <li>• Nezvládne</li> </ul>	15 10 5 0
Chôdza po rovine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samostatne nad 50 m</li> <li>• S pomocou 50 m</li> <li>• Na vozíku 50 m</li> <li>• Nezvládne</li> </ul>	15 10 5 0
Chôdza po schodoch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samostatne, bez pomoci</li> <li>• S pomocou</li> <li>• Nezvládne</li> </ul>	10 5 0

**Poznámka:** Staňková, 2001 – České ošetrovatelství 6-Hodnocení a měřící techniky ošetrovatelské praxi.

**Vyhodnotenie stupňa závislosti:**

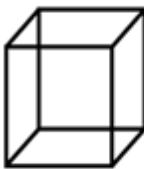
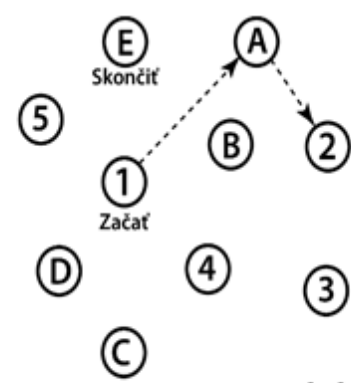

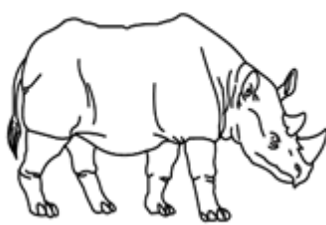
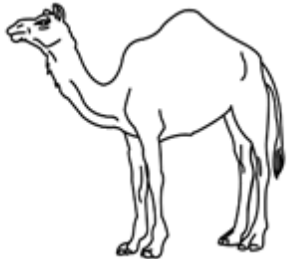
- 0–40 bodov – vysoká závislosť,
- 45-60 bodov – závislosť stredného stupňa,
- 65-95 bodov – mierna závislosť,
- 100 bodov – nezávislosť.

**Príloha č. 5: Montrealský test kognitívnych schopností – MoCA test (Montreal Cognitive Assessment)**

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**  
Slovenská verzia testu

Meno vyšetrovanej osoby (VO):  
Dátum narodenia:  
Vzdelanie (v rokoch):

Pohlavie:  
Dátum vyšetrenia:

<b>VIZUÁLNO-PRIESTOROVÉ SCHOPNOSTI</b> EXEKUTÍVNE FUNKCIE				Odkopírujte kocku. [ ]	Nakreslite HODINY (desať minút po jedenástej). (3 body)			BODY ___/5	
 [ ]		[ ]		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		
<b>POMENOVANIE ZVIERAT</b>				[ ]			[ ]	___/3	
				[ ]			[ ]		
<b>PAMÄŤ</b>		Prečítajte zoznam slov, ktoré má VO zopakovať. Urobte dva pokusy, aj keď bol prvý pokus úspešný. K tejto úlohe sa vráťte asi po piatich minútach.		TVÁR	HODVÁB	KOSTOL	SEDMOKRÁSKA	ČERVENÁ	žiadne body
		1. POKUS							
		2. POKUS							
<b>POZORNOSŤ</b>		VO má zopakovať čísla v tom poradí ako ich počula. [ ] 2 1 8 5 4						___/2	
		Nahlas prečítajte čísla (jedno číslo za sekundu). VO má zopakovať čísla v opačnom poradí, odzadu. [ ] 7 4 2							
		Prečítajte zoznam písmen. VO má klopnúť rukou, keď bude počuť hlásku "A". (Nula bodov, ak urobí dve alebo viac chýb.) [ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB						___/1	
		Sériové odpočítavanie po 7, začínajúc číslom 100 [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65 4 alebo 5 správnych odpočítaní: <b>3 body</b> , 2 alebo 3 správne: <b>2 body</b> , 1 správne: <b>1 bod</b> , 0 správnych: <b>0 bodov</b>						___/3	
<b>JAZYK</b>		Zopakujte: Viem len to, že dnes by mal pomôcť Ján. [ ] Mačka sa vždy skrýla pod gauč, keď boli v izbe psy. [ ]						___/2	
		Verbálna fluencia: Vymenujte za jednu minútu čo najviac slov, ktoré sa začínajú na hlásku "K". [ ] _____ (N ≥ 11 slov)						___/1	
<b>ABSTRAKCIA</b>		Podobnosť medzi napr. banánom a pomarančom = ovocie [ ] vlak - bicykel [ ] hodinky - pravitko						___/2	
<b>ONESKORENÉ VYBAVOVANIE SLOV</b>		VO si musí spomenúť na slová BEZ NÁPOVEDÍ	TVÁR [ ]	HODVÁB [ ]	KOSTOL [ ]	SEDMOKRÁSKA [ ]	ČERVENÁ [ ]	body len za slová BEZ NÁPOVEDÍ	
<b>NEPOVINNÉ</b>		Nápoveď - kategória							
		Nápoveď - výber z možností							
<b>ORIENTÁCIA</b>		[ ] deň	[ ] mesiac	[ ] rok	[ ] deň v týždni	[ ] miesto	[ ] mesto	___/6	
© Z.Nasreddine MD Verzia 7.1 <a href="http://www.mocatest.org">www.mocatest.org</a> normálny výkon ≥ 26 (max.30)		CELKOM						___/30	
Vyšetril/a: _____								Pripočítajte 1 bod pri vzdelaní 12 a menej rokov.	

## Literatúra

1. Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, Gudmundsson A, Soiza R, O'Mahony D, Guaita A, Cherubini A. 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 Mar 16;7(3):e012759. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012759.
2. Agrell, B. Dehun, O. 1998. The clock-drawing test. [cit. 2014-10-02] In *Age and Ageing*, 1998, roč. 27 str. 399-403 Dostupné na: <http://ageing.oxfordjournals.org/>
3. Aggarwal, A. Kean, E. Comparison of the Folstein Mini Mental State Examination (MMSE) to the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a Cognitive Screening Tool in an Inpatient Rehabilitation Setting. *Neuroscience & Medicine*, 2010, 1, 39-42. Published Online December 2010 (<http://www.SciRP.org/journal/nm>)
4. Bartoš, A. Raisová, M. 2015. Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti. Nakladatelství Mladá fronta a.s. 2015. ISBN 978-80-204-3491-3.
5. Bayer, A. Reban, J. 1999. Demencia – Ako sa starať o ľudí postihnutých demenciou. Národné centrum podpory zdravia. Bratislava.
6. Bell, V. Troxel, D. Cox, T. Hamon, R. 2008. *The Best Friends Book of Alzheimers Activities*. Health Professions Press, 2008.
7. Bloem BR1, de Vries NM1, Ebersbach G2. Nonpharmacological treatments for patients with Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2015 Sep 15;30(11):1504-20. doi: 10.1002/mds.26363. Epub 2015 Aug 14.
8. Callone R.Patricia a kol. 2008. *Alzheimerova nemoc. 300 tipů a rad jak ju zvládnout lépe*. Grada Publishing. Praha.
9. Camargo CHF, Ladeira MA, Serpa RA, Jobbins VA, Filho CRP, Welling LC, Teive HAG. The Effectiveness of Reality Orientation Therapy in the Treatment of Parkinson Disease Dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2018 Oct 4:1533317518802461. doi: 10.1177/1533317518802461. [Epub ahead of print]
10. Creeková, J. A. 2006. Standard Terminology for Occupational Therapy. In *British Journal of Occupational Therapy*. 2006, roč. 69, č. 5, s. 202 – 208.
11. Čížková, K. 2005. *Tanečně pohybová terapie*, Triton, 2005. ISBN 978-80-7254-547-6.
12. Čunderlíková, M. Veselovská, M. 2006. Liečebno-pedagogická intervencia u ľudí s Alzheimerovou chorobou v Centre MEMORY. In Amtmannová, E. Stupková, M. a kol. 2006. *Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie Liečebnopedagogické dni 2006 Salutogenetická koncepcia zdravia v komplexnej starostlivosti o človeka*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2006. 138 s. ISBN 80-9694238-1-1.
13. D'Alfonso, La Barbera, Siviero, Cerri 2012. Emotional Reactions in the First Stages of Dementia: Contributions to the Validation Method. Italian
14. Deshmukh SR1, Holmes J, Cardno A. Art therapy for people with dementia. *Cochrane Systematic Review-Intervention Version* published: 13 September 2018.
15. Dourado MC, Laks J. Psychological Interventions for Neuropsychiatric Disturbances in Mild and Moderate Alzheimer's Disease: Current Evidences and Future Directions. *Curr Alzheimer Res*. 2016
16. Errollyn, B. Hodgson, S. Schweitzer, P. 1999. *Reminiscing with people with dementia*. London: Age Exchange for European Reminiscence Network, 104 s. ISBN 0947 860 25 8.
17. Eysenck, M. W. Keane M. T. 2008. *Kognitívny psychologie. 1. vydanie*, Praha: Nakladatelství Academia. 2008. ISBN 978-80-200-1559-4.
18. Feil, N. Rubin V. (2015). *Validácia. Cesta ako porozumieť dezorientovaným starým ľuďom*. Bratislava. OZ Terapeutika.
19. Fritz NE, Rao AK, Kegelmeyer D, Kloos A, Busse M, Hartel L, Carrier J, Quinn L. Physical Therapy and Exercise Interventions in Huntington's Disease: A Mixed Methods Systematic Review. *Journal of Huntington's Disease*, vol. 6, no. 3, pp. 217-235, 2017
20. Friedlová, Karolína. *Stimulace vnímání v ošetrovatelské péči – Skriptum pro nastavbový kurz Stimulace vnímání*. Frýdek – Místek : INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 30 s.
21. Glenner A. Joy a kol. 2012. *Péče o člověka s demencí*. Portál. Praha. 2012

22. Hagovská, M., Dzvonič, O., Olekszyová, Z. Comparison of Two Cognitive Training Programs with Effects on Functional Activities and Quality of Life Research In Gerontological Nursing, USA, 2017, 10(4):172 – 180. ISSN: 1940-4921. IF 0.71
23. Hagovská, M., Olekszyová, Z. Relationships between balance control and cognitive functions, gait speed, and activities of daily living. In Z Gerontol Geriat. 2016, 49(5):379-385. ISSN 0948-6704. IF 0.84
24. Hagovská, M., Nagyová, I. The transfer of skills from cognitive and physical training to activities of daily living: a randomised controlled study. In European Journal of Ageing 2017, 14:133–142, ISSN: 1613-9380. IF 1.47
25. Hagovská, M., Takáč, P., Dzvonič, O. Effect of a combining cognitive and balanced training on the cognitive, postural and functional status of seniors with a mild cognitive deficit in a randomized, controlled trial. In Eur J Phys Rehabil Med., 2016, 52(1):101-9. ISSN 0014-2573. IF 1.94
26. Hagovská, M., Olekszyová, Z. Impact of the combination of cognitive and balance training on gait, feat, and risk of falling and quality of life in seniors with mild cognitive impairment In Geriatr Gerontol Int. 2016, (16) 9: p.1043 – 1050. ISSN 1447-0594. IF 2.18
27. Hagovská, M., Dzvonič, O. Možnosti ovplyvnenia rizika pádov u seniorov-prípadová štúdia. In: Rehabilitace a fyzikální lékařství.-ISSN 1211-2658.-Roč. 23, č. 4 (2016), s. 183-190.
28. Hagovská, M., Olekszyová, Z. Strategies and mechanisms affection of postural stability. In: Rehabilitace a fyzikální lékařství.-ISSN 1211-2658.-Roč. 23, č. 3 (2016), s. 150-157.
29. Hagovská, M. 2019. Kognitívny a pohybový tréning u seniorov s miernym kognitívnym deficitom, Masarykova Univerzita v Brne, Nakladatelství Masarykovy Univerzity, Muni PRESS, Brno, Česká republika, 2019,-172 s. -ISBN 978-80-210-9179-5.
30. Haslam C, Haslam SA, Jetten J et al. The social treatment: the benefits of group interventions in residential care settings. Psychol Aging 2010;25:157–67. doi:10.1037/a0018256 [PubMed]
31. Hazan E, Frankenburg F, Brenkel M, Shulman K The test of time: a history of clock drawing. Int J Geriatr Psychiatry. 2018 Jan;33(1):e22-e30. doi: 10.1002/gps.4731. Epub 2017 May 26.
32. Hegyi, L., Krajčík, Š. 2010. Geriatria. Bratislava: Herba, 2010. 608 s. ISBN 978-80-89171-73-6.
33. Heimerl, K., Fercher, P., Reitingner, E., Amann, A., Poppa, S., Erlach-Stickler, G., Kojer, M., Wappleshammer, E. (2010) Validation\_Basale\_Stimulation\_Abschlussbericht Summary in English.
34. Holmerová, I. Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2009. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha. Česká Alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum.
35. Holmerová, I. Jurašková, B. Zikmundová, K. a kol. 2007. Vybrané kapitoly z gerontologie. Praha: EV public relations, 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
36. Hort, J. Rusina, R. 2007. Paměť a její poruchy. Praha: Vydavatelství MAXDORF s.r.o., 2007, ISBN 978-80-7345-004-5.
37. Horňáková, M. 2018. Liečebnopedagogická diagnostika. UK Bratislava. 2018. ISBN 978-80-2234613-9.
38. Chancellor B, Duncan A, Chatterjee A. Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias. Journal of Alzheimer's Disease, vol. 39, no. 1, pp. 1-11, 2014
39. Chylová, M., Slavkovská, M.: Možnosti neuropsychologickej diagnostiky a kognitívneho tréningu psychických funkcií u psychiatrických pacientov www.solen.sk | 2014; 15(2) | Psychiatria pre prax. 55.
40. Janečková, H. Projekt „Živé vzpomínky“, životní příběhy evropských seniorů ve vzpomínkových krabicích. In Gajdošíková, H. 2007. Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku. Vybrané aspekty teorie a praxe, Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze, 2007 IGA 8488
41. Jiráček, R. Holmerová, I. Borzová, C. a kol. 2009. Demence a jiné poruchy paměti. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
42. Jelínková, J. Krivošíková, M. Šajtarová, L. 2009. Ergoterapie. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
43. Kalvach, Z. a kol. 1997. Úvod do gerontologie a geriatrie I. díl Gerontologie obecná a aplikovaná. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
44. Kalvach, Z. a kol. 2004. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
45. Karssemeijer EGA, Aaronson JA, Bossers WJ, Smits T, Olde Rikkert MGM, Kessels RPC. Positive effects of combined cognitive and physical exercise training on cognitive function in older adults with

- mild cognitive impairment or dementia: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*. Volume 40, November 2017, Pages 75-83
46. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914–9.
  47. Kim SJ, Yoo GE. Instrument Playing as a Cognitive Intervention Task for Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal List Front Psychol* v.10; 2019
  48. Když se paměť vytrácí... Život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů a pečujících. 2014. TARSAGO. Česká republika.
  49. Klevetová, D. Dlabalová, I. 2008. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada publishing a.s., 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
  50. Klinger, Miriam: Communication in relation with a person who has dementia “Validation, a new approach for caregiving and nursing relatives.” Masters Thesis (in German) and abstract (in English). (2016)
  51. Klusoňová, E, 2011. Ergoterapie v praxi. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických odborů, 2011. 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8.
  52. Krivošíková, M. 2011. Úvod do ergoterpie. 1. vyd. Praha: Grada publishing a.s., 2011. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
  53. Králová, M. (2017). Demencie- Univerzita Komenského Bratislava, Lekárska fakulta. [https://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/lf/sluzby/.../Demencie\\_Kralova\\_\\_Maria.pdf](https://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/lf/sluzby/.../Demencie_Kralova__Maria.pdf)
  54. Králová M, Cséfalvay Z, Marková J. Kognitívno-komunikačné poruchy pri demencii. Bratislava: Vydavateľstvo UK 2016: 126.
  55. Laver K, Cumming R, Dyer S, Agar M, Anstey KJ, Beattie E, Brodaty H, Broe T, Clemson L, Crotty M, Dietz M, Draper B, Flicker L, Friel M, Heuzenroeder L, Koch S, Kurrle S, Nay R, Pond D, Thompson J, Santalucia Y, Whitehead C, Yates M. Evidence-based occupational therapy for people with dementia and their families: What clinical practice guidelines tell us and implications for practice. *Aust Occup Ther J*. 2017 Feb;64(1):3-10. doi: 10.1111/1440-1630.12309. Epub 2016 Oct 3.
  56. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179–186. doi: 10.1093/geront/9.3\_Part\_1.179.
  57. Lauritzen J, Pedersen PU, Sørensen EE, Bjerrum MB. The meaningfulness of participating in support groups for informal caregivers of older adults with dementia: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*: June 2015-Volume 13-Issue 6-p 373–433.
  58. Malia, K. Brannagan, A. 2010. Jak provádět trénink kognitivních funkcí. 1. vydanie, Vydavateľ: Cerebrum, 2010. ISBN 978-80-904357-3-5.
  59. Mačkinová, M. 2009. Reminiscenčná terapia. In *PSYCHIATRIA-PSYCHOTERAPIA-PSYCHOSOMATIKA*. [online], 2009, roč. 16, č. 2, s. 97-98. [cit. 2013-04-10]. Dostupné na internete: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/2-2009/PSY2-2009-cla5.pdf>
  60. Meekums, B. 2002. *Dance Movement Therapy: A Creative Psychotherapeutic Approach* (Creative Therapies in Practice series) AGE Publications Ltd; First edition, 2002. ISBN 978-0761957676.
  61. Mlinac M.E, Feng M.C, Assessment of Activities of Daily Living, Self.Care, and Independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, Volume 31, Issue 6, September 2016, <https://doi.org/10.1093/arclin/acw049>
  62. Nasreddine, Z. MoCA (Montreal cognitive assesment), slovenská verzia. 2012. [www.mocatest.org](http://www.mocatest.org)
  63. Nikolai, T. Vyhnálek, M. Štěpánková, H. Horáková, K. 2013. Neuropsychologická diagnostika kognitívneho deficitu u Alzheimerovy choroby. Praha: Psychiatrické centrum, 2013. ISBN 978-80-87142-25-7.
  64. Németh, F. 2009. Geriatria a geriatrické ošetrovatelstvo. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2009. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
  65. Park K, Lee S, Yang J, Song T, Hong GS. A systematic review and meta-analysis on the effect of reminiscence therapy for people with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2019 Feb 4:1-17. doi: 10.1017/S1041610218002168. [Epub ahead of print]
  66. Pimouguet C, Le Goff M, Wittwer J, Dartigues JF, Helmer C. Benefits of Occupational Therapy in Dementia Patients: Findings from a Real-World Observational Study. *J Alzheimers Dis*. 2017;56(2):509-517. doi: 10.3233/JAD-160820.

67. Preiss, M. Kučerová, H. a kol. 2006. Neuropsychologie v neurologii. Praha: Grada Publishing a.s., 1. vydanie, 2006. ISBN 80-247-0843-4.
68. Rektorová, I. 2011. Screeningové škály pro hodnocení demence <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/11.pdf>
69. Rong Fang, Shengxuan Ye, Jiangtao Huangfu,3 and David P. Calimag Music therapy is a potential intervention for cognition of Alzheimer's Disease: a mini-review. *Translational Neurodegeneration*20176:2. <https://doi.org/10.1186/s40035-017-0073-9>
70. Sheik, JI., Yasavage, JA: Geriatcká škála depresie, krátka forma. Fakulta ošetrovatel'stva, Jesseniova LF, Martin. <https://e-meracienastroje.jfmed.uniba.sk/4VybraneMeracnastr-1-Depresia-3.php>
71. Schwartzová, M. Londonová, A. 2015. Neuroimunita. Jak udržovat mozek zdravý a mladý. 1. vydanie, Brno: BizBooks, 2015. ISBN 978-80-265-0522-8.
72. Siviero, Mazza, and Cerri (2009) Vascular Dementia: a clinical case managed with the contribution of the Validation method, 54th National Congress SIGG. Italian society of Gerontology and Geriatrics.
73. Strauss, Claudia J. 2011. Rozhovory s ľuďmi chorými na Alzheimerovu chorobu. Bratislava. Slovenská Alzheimerova spoločnosť. 2011.
74. Strøm, BS. Ytrehus, S. Grov, EK. 2016. Sensory stimulation for persons with dementia. *J Clin Nurs*, 2016 Jul;25(13-14):1805-34. doi: 10.1111/jocn.13169. Epub 2016 Mar 31.
75. Šicková.Fabrici, J. 2008. Základy arteterapie. Praha: Portál 2008. ISBN 978-80-7367-408-3
76. Šicková-Fabrici, J. 2006. Arteterapia – úžitkové umenie. Slovak edition-Petrus Publishers, 2006, 273 s. ISBN 80-89233-10-4.
77. Štěpánková, H. Höschl, C. Vidovičová, L. 2014. Gerontologie. Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd. Praha: UK Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2628-4.
78. Šramová, Z. Seniorský vek – diagnostické a terapeutické možnosti. In Amtmannová, E. a kol. 2003. Zborník príspevkov zo seminára konaného dňa 18. januára 2002 na PdF UK v Bratislave Liečebnopedagogická diagnostika. Bratislava: Humanitas, 2003. 98 s. ISBN 80-968053-9-X.
79. Tavel, P. 2009. Psychologické problémy v starobe. Schola philosophica. Pusté Úľany 2009. ISBN 978-80-969823-7-0.
80. Test verbálnej fluencie, Psychodiagnostika, Bratislava. [http://www.psychodiagnostika-as.sk/Katalog\\_](http://www.psychodiagnostika-as.sk/Katalog_)
81. Thelertis C, Siarkos K, Katirtzoglou E, Politis A. Pharmacological and Nonpharmacological Treatment for Apathy in Alzheimer Disease : A systematic review
82. Topinková, E. Neuwirth, J. 1995. Geriatrie pro praktického lékaře. Praha: Grada publishing a. s., 1995. 304 s. ISBN 80-7169-099-6.
83. Topinková, E. 2005. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.
84. Turner, A. Foster, M. Johnson, S. E. 1996. Occupational Therapy and Physical Dysfunction. Principles, Skills, Practice. London: Churchill Livingstone, 1996. 912 s. ISBN 978-0443051777.
85. Ueda TS, Suzukamo Y, Sato M et al. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2013;12:628–41. doi:10.1016/j.arr.2013.02.003 [PubMed]
86. Valentová, A. 2018. Aktivne proti Alzheimerovej chorobe. Príručka základných informácií o nefarmakologických prístupoch. Snoezelen terapia. 1. vydanie, Bratislava: Slovenská Alzheimerova spoločnosť, 2018. ISBN 978-80-971103-6-9.
87. Valenzuela MJ, Sachdev P. 2006. Brain reserve and dementia: a systematic review In *Psychological Medicine*, 2006; 36(4): 441 – 454.
88. V0asionyté IM, Madison G. Musical intervention for patients with dementia: a meta-analysis. *J Clin Nurs* 2013;22:1203–16. doi:10.1111/jocn.12166 [PubMed]
89. Vavrušová, L.a kol. 2012. Demencia. Martin:Osveta, 2012. ISBN 978-80-8063-382-0.
90. Wall M, Duffy A. The effects of music therapy for older people with dementia. *Br J Nurs* 2010;19:108–13. doi:10.12968/bjon.2010.19.2.46295 [PubMed]
91. Woods R.T. 1996. Psychological “therapies” in dementia. In *Handbook of the Clincial Psyhcology of Again*.1996. Ed. R.T. Woods, John Wiley & Sons, 575-600.

**Poznámka:**

*Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.*

*Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.*

**Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. februára 2021.

**Marek Krajčí**  
minister