

Důstojnost u pacientů s Alzheimerovou chorobou

Barbora Sásová

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Barbora Sásová
Osobní číslo:	H21400
Studijní program:	B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Důstojnost u pacientů s Alzheimerovou chorobou

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti důstojnosti u pacienta s Alzheimerovou chorobou.
Příprava metodiky k výběru odborných publikací k rešerši.
Formulace kritérií pro výběr k rešerši odborných publikací k řešené problematice.
Realizace výzkumu formou rešerše odborné literatury.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

FIŠAR, Zdeněk a HROUDOVÁ, Jana. Alzheimerova nemoc: rizikové faktory, biomarkery a farmaceutické strategie. Online. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. 2024, roč. 120, č. 2, s. 71-83. ISSN 12120383. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&an=177409131&scope=site>. [cit. 2024-10-14].

GRASSI, Luigi; NANNI, Maria Giulia; RIBA, Michelle a FOLESANI, Federica. Dignity in medicine: Definition, Assessment and Therapy. *Current psychiatry reports*. Online. 2024, vol. 26, no. 6, s. 273-293. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01506-3>. [cit. 2024-10-14].

KALVACH, Pavel; ADAM, Pavel a VOGNER, Martin. Alzheimerova nemoc aneb Filozofické a sémantické nedorozumění. *Vesmír*. Online. 2020, roč. 99, č. 1, s. 42-45. ISSN 1214-4029. Dostupné z <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/2020/cislo-1/alzheimerova-nemoc.html>. [cit. 2024-10-14].

ŠÁTEKOVÁ, Lenka; BÓRIKOVÁ, Ivana; MACHÁLKOVÁ, Lenka; ŠEVČÍKOVÁ, Blažena; TOMAGOVÁ, Martina et al. *Demence hodnotící techniky a nástroje*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-1695-9.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Sylvie Chvatíková**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....

podpis autora

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zaměřuje na sumarizaci nejnovějších dohledaných poznatků o důstojnosti pacientů s Alzheimerovou chorobou. Toto neurodegenerativní onemocnění, které patří mezi nejčastější formy demence, přináší pacientům nejen progresivní ztrátu kognitivních funkcí, ale také významně ovlivňuje jejich vnímání důstojnosti. Práce sumarizuje aktuální poznatky o příčinách a průběhu onemocnění, moderních diagnostických metodách, včetně nově vyvinutých dotazníkových nástrojů. Sekundárně reflektuje také některé přístupy k péči v důstojnosti v České republice a v zahraničí. Hlavním cílem práce je poskytnout ucelený přehled dosavadních vědeckých poznatků a zdůraznit význam důstojnosti jako klíčového aspektu o pacienty s Alzheimerovou chorobou v současné zdravotnické praxi.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, důstojnost, pacienti, demence, diagnostické nástroje, mezinárodní standardy péče o pacienty s demencí

ABSTRACT

This bachelor thesis aims to summarize the most recent findings on dignity in Alzheimer's patients. This neurodegenerative disease, which is one of the most common forms of dementia, not only brings patients progressive loss of cognitive functions, but also significantly affects their perception of dignity. The thesis summarizes the current knowledge about the causes and course of the disease, modern diagnostic methods, including newly developed questionnaire tools. Secondly, it also reflects some approaches to dignity care in the Czech Republic and abroad. The main aim of the thesis is to provide a comprehensive overview of the current scientific knowledge and to highlight the importance of dignity as a key aspect of Alzheimer's care in contemporary medical practice.

Keywords: Alzheimer's disease, dignity, patients, dementia, diagnostic tools, international standards of care for patients with dementia

Chtěla bych vyjádřit své upřímné poděkování své vedoucí bakalářské práce, Mgr. Sylvii Chvatíkové za její cenné rady, trpělivost a odborné vedení. Velmi si vážím jejího času, který mi věnovala, i ochoty poskytovat zpětnou vazbu a cenné podněty. Její podpora a vstřícný přístup mi pomohl nejen při psaní této práce, ale také v mém dalším odborném rozvoji. Děkuji za inspiraci a motivaci, kterou mi během celého procesu poskytovala.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	12
2. NEJNOVĚJŠÍ DOHLEDANÉ PUBLIKOVANÉ POZNATKY O ALZHEIMEROVĚ CHOROBĚ	16
PATOGENEZE.....	16
PŘÍČINY.....	17
RIZIKOVÉ FAKTORY	17
DĚDIČNOST	17
PŘÍZNAKY	17
STÁDIA.....	17
Rané stadium	18
Středně pokročilé stadium	18
Pozdní stadium	18
DIAGNOSTIKA	19
TERAPIE	20
2 NEJNOVĚJŠÍ DOHLEDANÉ PUBLIKOVANÉ POZNATKY O DIAGNOSTICE ACH.....	23
KLINICKÉ VYŠETŘENÍ.....	23
KOGNITIVNÍ TESTY A ŠKÁLY	24
Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA).....	24
Pojmeonvání OBRÁZKŮ A jejich Vybavení (POBAV).....	25
Mini-Mental State Examination (MMSE).....	25
Test kreslení hodin	25
Montrealský kognitivní test (MoCa)	25
FUNKČNÍ HODNOCENÍ.....	26
LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ – BIOMARKERY	26
Krevní testy	26
Vyšetření mozkomíšního moku.....	27
GENETICKÉ TESTOVÁNÍ.....	28
ZOBRAZOVACÍ METODY	28
CT	29
MRI	29
PET	29
Pozitronová emisní tomografie využívající radioaktivní fluor (18 F-FDG PET)	29
MODERNÍ TRENDY V DIAGNOSTICE	30
3 NEJNOVĚJŠÍ DOHLEDANÉ PUBLIKOVANÉ POZNATKY O DŮSTOJNOSTI U PACIENTA S ACH.....	31

KATEGORIE, MODELY, HODNOTÍCÍ ŠKÁLY A NÁSTROJE DŮSTOJNOSTI	31
LISTINY PRÁV PRO PACIENTY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	33
ATRIBUTY DŮSTOJNOSTI	34
PODPORA DŮSTOJNOSTI A KVALITY ŽIVOTA	34
DŮSTOJNOST NA KONCI ŽIVOTA	35
DŮSTOJNOST VE STÁŘÍ	36
HODNOCENÍ DŮSTOJNOSTI.....	37
TERAPIE DŮSTOJNOSTI	38
NEDŮSTOJNÉ ASPEKTY V PÉČI	39
4 NEJNOVĚJŠÍ DOHLEDANÉ PUBLIKOVANÉ POZNATKY O PÉČI A ZACHOVÁNÍ DŮSTOJNOSTI U PACIENTŮ S ACH V ČR A ZAHRANIČÍ.....	40
DŮSTOJNOST VE SVĚTĚ.....	40
5 DISKUZE	43
ZÁVĚR.....	45
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	47
SEZNAM OBRÁZKŮ	55
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	56
SEZNAM PŘÍLOH.....	59

ÚVOD

Alzheimerova choroba patří mezi nejčastější neurodegenerativní onemocnění, která mají zásadní dopad nejen na samotné pacienty, ale i na jejich rodinu a celý zdravotnický systém. Vzhledem k nárůstu stárnoucí populace se toto onemocnění stává stále častějším a s sebou přináší řadu výhod, zejména v oblasti péče a zachování důstojnosti pacientů. Důstojnost je klíčovou hodnotou v péči o nemocné s kognitivními poruchami, protože právě ztráta autonomie a změny v chování mohou u pacientů s Alzheimerovou chorobou ovlivnit jejich vnímání sebe sama.

Hlavním cílem této práce je sumarizovat nejnovější dohledané poznatky o důstojnosti pacientů s Alzheimerovou chorobou. Pro vypracování práce byly stanoveny dílčí cíle:

Sumarizovat nejnovější dohledané publikované poznatky o Alzheimerově chorobě, rizikových faktorech, její diagnostice a možné terapii.

Sumarizovat dohledané publikované poznatky o diagnostických metodách u Alzheimerovy choroby.

Sumarizovat nejnovější dohledané publikované poznatky o důstojnosti pacientů s Alzheimerovou chorobou.

Sumarizovat dohledané publikované poznatky o péči a zachování důstojnosti pacienta s Alzheimerovou chorobou v ČR a zahraničí, což bude možné identifikovat případné rozdíly a inspirace pro domácí praxi.

Tato bakalářská práce využívá metodiku vyhledávání nejnovějších publikovaných poznatků o Alzheimerově chorobě, díky níž bude možné z dostupné literatury shromáždit, sumarizovat aktuální poznatky a přístupy k tomuto tématu. Výsledky práce mohou přispět k lepšímu pochopení pacientů s Alzheimerovou chorobou a snahou o zajištění jejich důstojnosti v průběhu celého onemocnění.

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

Podklady pro zpracování bakalářské práce byly dohledány v odborných databázích, jako jsou Sage Journals, PubMed, ScienceDirect a Wiley online Library. Rovněž byla využita rešeršní služba knihovny Univerzity Tomáše Bati. Další zdroje, včetně článků, periodik a knih, byly dohledány prostřednictvím internetových vyhledávačů.

Vyhledání validních zdrojů pro zpracování bakalářské práce

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

Klíčová slova v ČJ: Alzheimerova choroba, důstojnost, pacienti, demence, diagnostické nástroje, mezinárodní standardy péče o pacienty s demencí

Klíčová slova v AnJ: Alzheimer's disease, dignity, patients, diagnostic tools, international standards of care for patients with dementia

Jazyk: čeština, slovenština, angličtina, španělština

Období: 2015-2025

Další kritéria: dostupnost full textu



DATABÁZE

PubMed – 6 článků

Sage Journals: 2 články

ScienceDirect: 7 články

Wiley Online Library: 2 články

Rešeršní služby knihovny UTB: 214



POČET VYHLEDANÝCH ČLÁNKŮ

231

**VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA**

Kvalifikační práce
Duplicitní články
Nesplnění vyhledávacích kritérií
Nedostupnost full textu

SUMARIZACE POUŽITELNÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

PubMed – 2 články
Sage Journals: 2 články
ScienceDirect: 7 článků
Wiley Online Library: 2 články
Rešeršní služby knihovny UTB: 5 článků
Vlastní dohledané články: 30 článků

SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ – ČLÁNKŮ

Aging & Mental Health – 1 článek
Alzheimer's & Dementia – 5 článků
Alzheimer's Texas – 1 článek
Bioethics – 1 článek

British Journal of Neuroscience Nursing – 1 článek
Computer Methods and Programs in Biomedicine – 1 článek
Current Alzheimer Research – 1 článek
Current Psychiatry Reports – 1 článek
Česká alzheimerovská společnost – 2 články
Česká a slovenská psychiatrie – 1 článek
Dementia – 1 článek
Chemical and engineering news – 1 článek
Information Fusion – 1 článek
International Neuropsychiatric Disease Journal – 1 článek
International Psychogeriatrics – 1 článek
JAMA Neurology – 1 článek
JMIR Mental Health – 1 článek
Journal of Clinical Nursing – 1 článek
Journal of College and Character – 1 článek
Klinická farmakologie a farmacie – 1 článek
Medical Tourism magazine – 1 článek
Medicina pro praxi – 1 článek
Molecular Neurodegeneration – 2 články
Národní zdravotnický informační portál – 1 článek
National Institute on Aging – 3 články
Nature Reviews Neurology – 1 článek
Neurologie pro praxi – 2 články
New England Journal of Medicine – 1 článek
Nursing Ethics – 1 článek
Palliative Medicine – 1 článek
Patient Education and Counseling – 1 článek
Praktické lékařství – 1 článek
Profese online – 1 článek
Psychiatrie pro praxi – 2 články
Scandinavian Journal of Caring Sciences – 1 článek
Social Science & Medicine – 1 článek
The Journal of Alzheimer's Disease – 1 článek

Vesmír – 1 článek



**PRO TVORBU TEORETICKÝCH VÝCHODISEK BYLO POUŽITO
48 DOHLEDANÝCH ČLÁNKŮ**

DÁLE BYLY VYUŽITY 3 KNIHY

2. NEJNOVĚJŠÍ DOHLEDANÉ PUBLIKOVANÉ POZNATKY O ALZHEIMEROVĚ CHOROBĚ

Alzheimerova choroba (ACH) je nejčastější příčinou demence a představuje závažné neurodegenerativní onemocnění mozku, které je doposud nevyléčitelné. Charakteristická je postupná ztráta kognitivních funkcí, zejména paměti, což vede k dezorientaci a zmatenosti postižených. Tyto změny jsou důsledkem odumírání nervových buněk v mozku. ACH představuje nejen medicínský, ale i společenský problém, neboť postihuje miliony lidí po celém světě a výrazně zatěžuje jak zdravotnické systémy, tak rodinné příslušníky a pečovatele, kteří se musí vyrovnávat s jejími postupujícími důsledky (Česká Alzheimerovská společnost, 2015).

Patogeneze

Lidský mozek objevuje více než 100 miliard nervových buněk propojených synapsí, které nabízí přenos informací mezi neurony pomocí neurotransmiterů. U Alzheimerovy choroby jsou nejprve postiženy synapse, což narušuje komunikaci mezi nervovými buňkami. To brání správnému přenosu informací, a jak onemocnění postupuje, odumírají celé nervové buňky, což vede k úbytku duševních schopností. Jakmile neurony odumrou, není možné je nahradit. (Národní zdravotnický informační portál, 2025)

Přesný mechanismus vzniku Alzheimerovy choroby stále není plně objasněn. Vědci se však domnívají, že klíčovou roli v jejím rozvoji hrají dvě hlavní patologické změny v mozku:

- Senilní plaky, které obsahují beta-amyloid (Beta-amyloid je peptid vznikající degradací amyloidového prekurzorového proteinu (APP). U Alzheimerovy choroby je metabolismus APP narušen, což vede k hromadění beta-amyloidu, který shlukuje a vytváří nerozpustné senilní plaky mezi nervovými buňkami, což tělo nedokáže rozložit) (Česká alzheimerovská společnost, 2023, s. 20-21).
- Neurofibrilární klubka, která je tvořena hyperfosforylovaným tau proteinem (Tau protein se přirozeně vyskytuje v nervových buňkách, kde stabilizuje mikrotubuly. U pacientů s Alzheimerovou chorobou je však protein hyperfosforylovaný, což vede k jeho uvolnění a tvorbě neurofibrilárních klubek. Tato klubka narušuje strukturu a funkci neuronů, což vede k jejímu rozpadu) (Česká alzheimerovská společnost, 2023, s. 20-21).

Příčiny

Příčiny Alzheimerovy choroby nejsou doposud známy, existují však faktory, které ovlivňují vznik tohoto onemocnění. (Fišar, 2024)

Rizikové faktory

Riziko rozvoje Alzheimerovy choroby (ACH) roste s přibývajícím věkem. Po dosažení 60 let se počet případů v každé věkové skupině zhruba každých pět let zdvojnásobí. Přestože výskyt demence mezi pohlavími ve stejných věkových hodnoceních vykazuje jen malé rozdíly, celkově bývá postiženo více žen, zejména po 85. roce života, což souvisí s jejich delší průměrnou délkou života (Fišar, 2024).

Hlavním rizikovým faktorem ACH je věk. Významnou roli hraje také apo – lipoprotein E4 (ApoE4), který zvyšuje riziko u rodu nositelů. Další riziko představuje Downův syndrom kvůli nadměrné produkci β -amyloidů. Rizikové je i ženské pohlaví, nízké vzdělání, metabolický syndrom, hypertenze, cukrovka, vysoký cholesterol, kouření a časté úrazy hlavy (Zvěřová, 2017).

Dědičnost

Dědičnost ACH není potvrzena, ale v rodinách s jejím výskytem je riziko vyšší, zejména u blízkých příbuzných. To může být genetickou predispozicí nebo působením společného faktoru (Česká alzheimerovská společnost, 2023).

Příznaky

Příznaky ACH jsou závislé na stadiu nemoci.

Nemoc obvykle začíná zcela nenápadně a rozvíjí se pomalu a postupně, po dobu několika let. V průběhu onemocnění se mohou objevit změny osobnosti a chování. U mnoha pacientů je navíc pozorován neklid, agresivita a/nebo deprese. Kromě toho se zhoršuje schopnost úsudku a vyjadřovacích schopností (National Institute on Aging, 2022).

Stádia

Podle Národního zdravotnického informačního portálu (2025) je ACH dělena na tři stadia:

1. Rané stadium
2. Středně pokročilé stadium

3. Pozdní stadium

Stadia podle Jacka (2024):

1. Preklinická Alzheimerova choroba
2. Mírná kognitivní porucha (MCI) způsobená Alzheimerovou chorobou
3. Demence způsobená Alzheimerovou chorobou

Rané stadium

V počáteční fázi Alzheimerovy choroby dochází k poruchám krátkodobé paměti, problémům s orientací a potížemi při složitějších každodenních úkonech. Pacient si změny často uvědomuje, což může vést k pocitům studu a uzavírá se do sebe (Národní zdravotnický informační portál, 2025).

Středně pokročilé stadium

Ve středně pokročilém stadiu si okolí začíná všimnout zhoršení stavu pacienta. Kromě krátkodobé paměti je narušena i paměť dlouhodobá – pacient zapomíná na významné události svého života, zatímco vzpomínky na dětství působí živě a aktuálně. Orientace v čase a prostoru je stále náročnější, což vede ke ztrátě soběstačnosti a závislosti na pomoci druhých. Často se objevuje neklid, narušení spánkového režimu a psychické obtíže, jako deprese, úzkost, paranoia, nepoznávání blízkých nebo halucinace (Národní zdravotnický informační portál, 2025).

Pozdní stadium

V pozdním stadiu nemoci má pacient značné potíže s mluvením. Žvýkání, polykání a dýchání jsou pro něj stále náročnější. Často dochází k inkontinenci a oslabení imunitního systému, což zvyšuje riziko infekčních onemocnění (Národní zdravotnický informační portál, 2025).

Příznaky ACH se mohou v jednotlivých fázích přecházet, přičemž průběh ovlivňují souběžná onemocnění. Často se vyskytuje spolu s jinými typy demence, například vaskulární demence (Zvěřová, 2017).

Diagnostika

Pro diagnostiku ACH je klíčová výpočetní tomografie (CT) mozku, která pomáhá odstranit jiné příčiny demence, jako jsou nádory, hematomy či vaskulární poruchy. Moderní metody jako jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT)/pozitronová emisní tomografie (PET), zajišťují zjištění hypometabolismu v parietálních a temporálních lalocích. Psychologické testy hodnotí paměť, pozornost, řeč, prostorovou orientaci a další kognitivní schopnosti. Mezi doporučované metody patří Addenbrookský test, zahrnující Mini-Mental State Examination (MMSE), který poskytuje orientační rozlišení ACH (Kalvach, 2020, s. 42-45).

Základem správné diagnostiky je provedení klinického vyšetření (popis poruchy paměti, poruchy chování, poruchy jednání v jednoduchých či složitějších situacích, poruchy vyjadřování), laboratorní vyšetření (vyšetření krevního obrazu, jaterního souboru, ledvinového souboru, souboru štítné žlázy, úrovně hladiny tuku v krvi, vyšetření moči), provedení základních testů (MMSE – Mini Mental State Examination – orientační test kognitivních funkcí a test hodin – Clock test) a podle těchto skutečností odesílá ošetřující lékař pacienta ke specialistovi (geriatr, neurolog, psychiatr), který provede podrobné vyšetření pacienta (Kalvach, 2020, s. 42-45).

Podle dělení stupňů stadií dle Jacka (2024), je pro diagnostiku ACH důležité:

- Seřadit závažnost Alzheimerovy patologie zkoumáním tří primárních změn
- Zaznamenat hodnocení jako neuropatologické změny ACH bez ohledu na to, zda byla jedinci diagnostikována ACH za života, s cílem porozumět úplnému spektru mozkových změn, které se mohou vyskytnout u lidí s příznaky ACH nebo bez nich.
- Zahrnout vyšetření Lewyho tělísek, cévních nepravidelností a dalších mozkových změn, které se často vyskytují vedle indikátorů ACH (Jack, 2024).

Nejvýznamnějším pokrokem v diagnostice ACH v posledních letech byl vývoj markerů založených na krvi, přičemž některé testy vykazují přesnou diagnostickou účinnost. To činí biologickou diagnostiku ACH obecně přístupnější a předpokládá se, že způsobí revoluci v klinické péči a výzkumu (Knopman, 2025).

Renomovaný novinář Carlos Jiménez (2024) v časopise Medical Tourism Magazine představuje globální novinky z roku 2024, které se zaměřují na zásadní pokroky v oblasti

včasné diagnostiky. Biomarkery a pokročilé techniky neurozobrazování nyní nabízejí přesnější a včasnější diagnostiku, což umožňuje včasné zásahy.

Velmi zajímavým a opomíjeným faktem je možnost vyšetření kognitivních funkcí v lékárnách. K jejich vyšetření se používají inovativní testy –Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA) a Pojmenování Obrázků A jejich Vybavení (POBAV). Tuto službu je možné vyhledat v lékárnách pod názvem BENU. Tyto lékárny nabízí pacientům vyšetření v konzultační místnosti. V roce 2020 jich bylo pouze šest, nyní (rok 2024) je v České republice 89 lékáren, které mají své certifikované farmaceuty. Ve Zlínském kraji je jich 7. Farmaceut musí spolupracovat s lékařem, aby mohl konzultovat výsledky testů zhoršení paměti nebo nálady a případně doporučit další vyšetření. Výsledky lze zapsat do formuláře a předat praktickému lékaři, neurologovi, psychiatrovi či geriatrovi, což šetří čas a zefektivňuje diagnostiku. Mezi běžné kognitivní testy patří MMSE a Montrealský kognitivní test (MoCA), avšak jejich použití je zpoplatněno. Alternativou je Addenbrookský test (ACE – R), který je zdarma, ale časově náročnější (cca 25 minut). Některé jeho verze však již nelze používat kvůli autorským právům (Šimandl, 2021).

Terapie

Úlohu intervencí v oblasti životního stylu při léčbě Alzheimerovy choroby (ACH) nelze přeceňovat. Strava, cvičení, kognitivní stimulace a sociální zapojení se stávají důležitými součástmi komplexní péče (Jiménez, 2024).

Léky první pomoci při léčbě ACH, a to zejména v časných a středních stádiích jsou inhibitory cholinesteráz (ICheE). V pozdějších stádiích je indikován memantin, jehož účinek je založen na parciální blokádě glutamátových receptorů. Při léčbě a prevenci demence mohou pomoci scavengery volných radikálů, jako jsou ginkgo biloba, vitamíny E a C, nebo antiagregační a antikoagulační léky, zejména u vaskulárních demencí. Klíčová je včasná aplikace terapie (Šimandl, 2020).

Dle Prokopové (2018) je zjištěno, že Alzheimerova choroba (ACH) stále nemá kauzální léčbu a pokroky se dosahují zejména v oblasti symptomatické. Základem léčby zůstávají inhibitory acetylcholinesterázy a memantin, poslední schválený lék z roku 2004. Tato terapie pouze zmírňuje příznaky a oddaluje institucionalizaci, přičemž přísná kritéria úhrady omezují počet léčených pacientů.

Při neuropsychiatrických poruchách se po vyčerpání nefarmakologických možností volí antipsychotika, antidepresiva či anxiolytika, přičemž je třeba zohlednit jejich účinnost, bezpečnost a léčbu pravidelně přehodnocovat. Rizikovost antipsychotik často brání jejich vysazení (Prokopová, 2018).

Léčba ACH zpomaluje progresi onemocnění, ale nevede k výraznému zlepšení příznaků. Klíčová je také terapie neuropsychiatrických projevů a komplexní péče, která zahrnuje podporu pečujících osob, protože demence zatěžuje nejen pacienty, ale i jejich okolí (Bajtošová, 2021).

Moderní farmakoterapie Alzheimerovy choroby (ACH) je zaměřena na symptomatickou léčbu, která zpomaluje progresi onemocnění. Kognitiva a memantin mohou dočasně zlepšit kognitivní funkce, psychologické příznaky a zlepšit soběstačnost pacienta. Důležitá je i léčba faktorů, jako je bolest, která může příznaky zhoršovat. Kromě symptomatické terapie zahrnuje farmakoterapie eliminaci léků s anticholinergním účinkem a opatrné používání antipsychotik, která by měla být nasazena až po vyčerpání nefarmakologických možností. Farmakoterapie a psychosociální přístupy se soustředí na symptomatickou fázi onemocnění. Vzhledem k pokroku ve výzkumu je nadějí anti amyloidová terapie, která by měla zpomalit, zastavit nebo dokonce mohla zvrátit ACH, než se rozvine syndrom demence. Tato terapie zaměřená na odstranění amyloidních plaků v mozku, které jsou klíčovým znakem ACH, může přinést revoluci v léčbě, pokud se osvědčí v klinických studiích (Holmerová, 2024).

V 90. letech byly zavedeny léky jako donepezil, rivastigmin, galantamin a memantin, které měly za cíl zpomalit kognitivní úpadek (Van Dyck, 2023). I když tyto léky zlepšují některé příznaky, jejich efekt na zpomalení progresu onemocnění je omezený. V posledních letech se výzkum zaměřil na tzv. modifikující léčbu nemoci, která cílí zejména na amyloidové struktury v mozku. Mezi nové léčivé přípravky patří:

- Aducanumab – první lék schválený FDA (Food and Drug Administration – Americký úřad pro potraviny a léčiva) v roce 2021 na základě schopnosti redukovat amyloidové plaky. Určen pro pacienty v raných fázích onemocnění.
- Lecanemab – plně schválen v roce 2023, jeho účinnost byla potvrzena ve studii CLARITY – AD, která prokázala zpomalení progresu až o 50 %. Působí na rozpustné amyloidové protofibrily.

- Donanemab – zaměřený na pyroglutaminovou formu amyloidu beta. Ve studii TRAILBLAZER_ALZ2 vedl k redukci zhoršování kognice a soběstačnosti o 35 %, zejména u pacientů v časných stádiích nemoci (Holmerová, 2024).

Van Dyck (2023) a Holmerová (2024) se shodují, že tyto léky přináší naději, že bude možné progresi ACH zpomalit, avšak klíčovou podmínkou jejich účinnosti je časná diagnostika. V praxi však bývá diagnóza stanovena často až v pokročilých fázích, což významně snižuje efektivitu léčby, odhaduje se, že až 60 % pacientů není diagnostikováno včas (Holmerová, 2024).

Nový lék Lecanemab byl schválen v: USA, Japonsku, Číně, Jižní Koreji, Hongkongu, Izraeli, Spojených arabských emirátech, Spojeném království Velké Británie a v severním Irsku. V Evropské unii je prozatím léčba tímto lékem upřena (Česká alzheimerovská společnost, 2024).

Pacientům, kteří mají zájem o lékařskou péči v zahraničí jsou doporučovány nemocnice a kliniky s akreditací od organizace Global healthcare Accreditation (GHA). Tato zařízení se zaměřují na vynikající péči o pacienty, respektují kulturní, jazykové a individuální potřeby a zajišťují pocit porozumění a kvalitní péči. Díky dodržování nejvyšších standardů kladou důraz na bezpečnost a spokojenost pacientů (Jiménez, 2024).

2 NEJNOVĚJŠÍ DOHLEDANÉ PUBLIKOVANÉ POZNATKY O DIAGNOSTICE ACH

Diagnostika Alzheimerovy choroby (ACH) představuje komplexní proces, který vyžaduje systematický přístup a využití různých diagnostických nástrojů a metod. Včasná a přesná diagnostika je klíčová nejen pro zahájení odpovídající léčby, ale také pro zachování co nejvyšší možné kvality života pacienta a jeho důstojnosti. V současné klinické praxi se využívá kombinace několika diagnostických přístupů, které zahrnují klinické vyšetření, neuropsychologické testy, zobrazovací metody a laboratorní vyšetření. Každá z těchto metod přispívá svým jedinečným způsobem k vytvoření komplexního obrazu o stavu pacienta a pomáhá odlišit ACH od jiných typů demence (Šáteková, 2021).

Klinické vyšetření

Fundamentálním východiskem diagnostického procesu je důkladné odebrání komplexní anamnézy, která představuje stěžejní pilíř správné diagnostické rozvahy. Nejprve lékař provede podrobnou anamnézu, během níž se zaměřuje na vývoj paměťových problémů, změny v chování a osobnosti či obtíže s každodenními činnostmi. Důležitou roli hraje také rodinná anamnéza, která může naznačit genetickou predispozici k demenci.

Příklady otázek pro pacienta a pečovatele:

- Měl pacient v poslední době nějaké poranění hlavy?
- Užíval pacient v poslední době nějaké léky, které by mohly způsobit ztrátu paměti?
- Užil nebo byl pacient vystaven nějakým nezákonným drogám?
- Je v anamnéze epilepsie?
- Vyskytuje se v rodině demence?
- Jak pro vás vypadá běžný den?
- Všiml si pacient, že v poslední době zapomíná věci nebo je špatně umísťuje?
- Zaznamenal pacient v poslední době nějaké změny nálady nebo se cítil bezmocný?
- Měl pacient v poslední době nějaké pády?
- Všiml si pacient problémů s rovnováhou (Eduardo, 2023)?

Kognitivní testy a škály

Provádějí se kognitivní testy, jež hodnotí paměť, pozornost, orientaci, řeč a další mozkové funkce. Mezi nejčastěji používané testy patří Mini-Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCa) a test kreslení hodin, který pomáhá odhalit problémy s vizuálně prostorovým vnímáním.

Pro časově vytížené klinické lékaře může být vhodným nástrojem k rychlému posouzení kognitivních deficitů, zejména v oblasti paměti, vizuoprotektivních schopností a exekutivních funkcí, test Mini-Cog. Tento screeningový nástroj umožňuje efektivně hodnotit základní kognitivní funkce pacienta.

Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA)

Test ALBA je rychlý a efektivní nástroj, který slouží k hodnocení kognitivních funkcí, zejména krátkodobé a epizodické paměti, afázie a apraxie. Skládá se ze čtyř úkolů: zopakování vět, předvedení gest a jejich následné vybavení. Výhodou tohoto testu je jeho jednoduchost a rychlost – celý proces trvá pouze 2-3 minuty, což umožňuje jeho použití i u pacientů ležících nebo s omezeným zrakem. Test je hodnocen na 0-6 bodů za každé správně zopakované slovo a 0-6 bodů za správně předvedené nebo napsané gesto. Celkový soubor ALBA tedy může dosáhnout maximálně 12 bodů. V případě potřeby opakovaných vyšetření existuje paralelní verze testu, která zajišťuje přehled výsledků (Bartoš, 2022).

Na základě výzkumu byly stanoveny normy, přičemž hraniční skóre $ALBA \leq 7$ bodů hodnotí vysokou senzitivitu a specifitu pro detekci kognitivních poruch. Mnemotechnická pravidla pro zapamatování, jako je pravidlo 100 % a 50 %, pomáhají orientovat se v normách a hraničních hrách, které jsou ověřeny u starších osob a pacientů s mírnými kognitivními deficity (Bartoš, 2022).

Pojmenování Obrázků A jejich Vybavení (POBAV)

Test POBAV je nástroj pro včasné odhalení kognitivních poruch a jeho administrace trvá přibližně 4-6 minut. Test se skládá ze dvou částí: pojmenování 20 obrázků a následného vybavení těchto názvů z paměti během jedné minuty. Při hodnocení se hodnotí správnost pojmenování a vybavení obrázků, přičemž se započítávají i chyby, jako jsou sémantické nebo grafické záměny. Existují tři verze testu POBAV, které se liší obtížností, přičemž nejtěžší verze je „dveřní“. Výsledky se hodnotí na základě počtu chyb a správně vhodných názvů obrázků. Studie ukázaly, že výsledek testu není závislý na pohlaví či počtu let vzdělání, ale mírně koreluje s věkem (Bartoš, 2022).

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Mini-Mental State Examination je nejpoužívanější jednoduchý test kognitivních funkcí perem a papírem založený na celkovém možném skóre 30 bodů. Zahrnuje testy orientace, koncentrace, pozornosti, verbální paměti, pojmenování a zrakově prostorových dovedností. I přes svou citlivost a spolehlivost vykazuje určitá omezení při hodnocení poruch exekutivních funkcí (Porsteinsson, 2021).

Test kreslení hodin

Test kreslení hodin je jednoduchý, ale účinný neuropsychologický nástroj pro hodnocení kognitivních funkcí, zejména zrakově-prostorových dovedností, exekutivních funkcí a orientace. Pacientovi je dána instrukce „Nakreslete hodiny s číslicemi a ručičkami, které udávají určitou hodinu“, a výsledek testu je hodnocen na základě správnosti rozmístění číslic a umístění ručiček. Tento test trvá přibližně jednu minutu a provádí ho pacient samostatně. Test je rychlý a nenáročný, přičemž se běžně používá pětibodová BaJa škála pro kvantifikaci výsledku. I když je tento test užitečný, jeho citlivost v časných stádiích Alzheimerovy choroby (ACH) je omezená, protože v počátečních fázích nemoci mohou pacienti ještě vykazovat normální výsledek. Naopak v případech pokročilejších stádiích ACH se tento test může stát klíčovým ukazatelem poruch kognitivních funkcí (Bartoš, 2022).

Montrealský kognitivní test (MoCa)

Test MoCa byl původně vytvořen s cílem zlepšit detekci mírné kognitivní poruchy (MCI) a oproti MMSE hodnotí vyšší citlivost při hodnocení paměti, vizuoprostorových schopností, exekutivních funkcí, jazykových dovedností a orientace v čase a prostoru. Screeningový test

MoCa je efektivnější než MMSE při identifikaci mírné kognitivní poruchy (MCI), zatímco oba testy jsou přesné v diagnostice Alzheimerovy choroby (Pinto, 2019).

Funkční hodnocení

Funkční hodnocení hraje klíčovou roli při identifikaci změn v každodenním fungování s Alzheimerovou chorobou, zejména prostřednictvím posouzení instrumentálních činností každodenního života (IADL), jako je správa financí nebo nakupování. Zhoršení těchto schopností často signalizuje rané stádium kognitivního postižení. Dotazník funkčních činností (FAQ) je efektivním nástrojem k hodnocení funkční nezávislosti, přičemž vyšší skóre ukazuje na vážnější postižení. Jeho vysoká senzitivita umožňuje spolehlivě detekovat i mírné funkční změny (Porsteinsson, 2021).

Zhodnocení funkčního poklesu však může být obtížné, proto lékaři často využívají informace od rodinných příslušníků či pečovatelů. Tyto údaje, kombinované s dalšími diagnostickými metodami, pomáhají lépe stanovit diferenciální význam a určit míru ztráty samostatnosti pacienta (Porsteinsson, 2021).

Laboratorní vyšetření – biomarkery

Biomarkery jsou měřitelné indikátory změn v těle, které lze nalézt v krvi, tělesných tekutinách, tkáních nebo digitálně. Pomáhají diagnostikovat nemoci, sledovat léčbu a hodnotit zdravotní rizika. Jsou součástí kompletního hodnocení (National Institute on Aging, 2022).

Krevní testy

Podle MUDr. Frankové (2017) je definitivní diagnóza Alzheimerovy choroby (ACH) možná pouze post mortem neuropatologickým vyšetřením, například na Oddělení patologie a molekulární medicíny Thomayerovy nemocnice v Praze. S tímto názorem se ve stejném roce (2017) ztotožňuje i doktor Athanasios Alex z Řecka.

V posledním desetiletí přinesl vývoj biomarkerů zásadní průlom v porozumění ACH. Díky nim můžou vědci nyní sledovat změny v mozku ještě za života pacienta, mapovat počáteční fázi onemocnění i jeho postup a zároveň hodnotit účinnost nových léčiv a dalších terapeutických přístupů (National Institute on Aging, 2022).

Pro diagnostiku ACH se využívají biomarkery krve, mozkomíšního moku, plazmy a amyloidového zobrazování, zejména pokud nelze spolehlivě určit úbytek hipokampálního

objemu pomocí MRI (Magnetická rezonance). Strukturální změny v mozku se však liší podle věku, což komplikuje diagnostiku zejména u starší populace. Nové výzkumy poukazují na souvislost mezi růstovým faktorem (proNGF) a kognitivním postižením (Mantzavinos, 2017).

Diagnostický test PrecivityAD, analyzovaný společností C2N Diagnostics, využívá hmotnostní spektrometrii k vzorkům krve. Měří poměr peptidů A β 42 k A β 40 a hladiny apolipoproteinu E4 (ApoE4), který souvisí s genetickým rizikem vzniku Alzheimerovy choroby (ACH). Tento test by mohl představovat méně invazivní alternativu ke standardním diagnostickým metodám, jako jsou PET skeny nebo odběry mozkomíšního moku (West, 2021).

V roce 2022 firma ALZpath, podporovaná Alzheimer's Drug Discovery Foundation (ADDF), uvedla na trh krevní test zaměřený na detekci fosforylovaného tau 217 (p-tau 217), specifického proteinu, který je spojován s ACH. Tento protein je známý tím, že se hromadí v neuronech pacientů trpících ACH, což je typickým patologickým znakem nemoci, vedle známých amyloidních plaků (A β). P-tau 217 se může také využít k indikaci přítomnosti amyloidových plaků, protože jeho zvýšená hladiny mají tendenci korelovat s jejich akumulací v mozku (Karikari, 2022).

Fosforylace tau na specifickém místě, threoninu 217, je zvláště cenná pro odlišení ACH od jiných neurologických poruch, které rovněž zahrnují tau. Na rozdíl od jiných biomarkerů, například amyloid beta, je p-tau 217 jednodušší zjistit v krvi, což z něj činí přístupnější a efektivnější diagnostický nástroj. V roce 2024 ukázala studie na 786 osobách, že plazmatický test p-tau 217 od ALZpath má srovnatelnou diagnostickou přesnost s analýzou cerebrospinálních tekutin (CSF) pro potvrzení diagnózy Alzheimerovy choroby (Ashton, 2024).

Podle Howarda Fillita (2024) existuje vysoká pravděpodobnost, že krevní testy by mohly v budoucnu nahradit PET skeny v diagnostice a levnější alternativu k současným metodám zobrazování mozku (Ashton, 2024). Singer (2024) uvádí, že žádná technologie není všelékem a žádnému lékaři se nedoporučuje používat krevní test samostatně (Ashton, 2024).

Vyšetření mozkomíšního moku

Další možnost diagnostiky je analýza mozkomíšního moku, při níž se sleduje přítomnost beta-amyloidu a tau proteinu, které jsou typické pro Alzheimerovu chorobu (ACH). Tato

metoda může pomoci především při časně diagnostice, zejména u mladších pacientů. Ve vzácných případech, pokud se nemoc vyskytuje v rodině v nižším věku, lze provést genetické testování na mutace spojené s dědičnými formami ACH, například na gen APOE4 (Apolipoprotein epsilon-4). Mozkomíšní mok (CSF) je čirá tekutina obklopující mozek a míchu, která poskytuje ochranu a izolaci. Jeho odběr pomocí lumbální punkce umožňuje analýzu biomarkerů spojených s ACH. Hlavními jsou snížená hladina beta-amyloid 42 (A β 42), který je klíčovou složkou amyloidních plaků a zvyšuje koncentraci tau a fosfo-tau proteinů, jež signalizují neurodegeneraci. Testování CSF je široce uznávanou metodou, protože biomarkery mohou odhalit přítomnost onemocnění ještě před nástupem klinických příznaků. Používá se nejen pro diagnostiku ACH a dalších forem demence, ale také ve výzkumu ke sledování nových léčebných postupů (Shaw, 2018).

Odběr CSF je bezpečný a běžně prováděný zákrok v ambulantních zařízeních či na klinikách, i když někteří pacienti mohou mít obavy z možných vedlejších účinků. Ve srovnání s amyloidním PET skenem je analýza CSF cenově dostupnější, ale volba metody závisí na dostupnosti a individuálních faktorech pacienta (Engelborghs, 2017).

Genetické testování

Genetické mutace mohou přispět k rozvoji onemocnění, jako je ACH. Genetické testování analyzuje deoxyribonukleovou kyselinu (DNA) získanou z krve nebo slin a poskytuje informace o genetické predispozici jedince. V klinické praxi se genetické testy běžně nepoužívají k diagnostice ani k odhadu rizika vzniku ACH či jiných forem demence. Nicméně v případech, kdy se onemocnění vyskytuje v raném věku a v rodinné anamnéze se opakovaně objevuje ACH, může neurolog nebo jiný specialista genetické testování doporučit. Před samotným testem i po získání výsledků je obvykle součástí procesu genetické poradenství. To pomáhá pacientovi pochopit možnosti testování, jeho příhody, omezení i možné důsledky výsledků (National Institute on Aging, 2022).

Zobrazovací metody

Skenování mozku používané k diagnostice ACH zahrnuje skenování počítačové tomografie (CT), magnetické rezonance (MRI), pozitronové emisní tomografie (PET), jednofotonové emisní výpočetní tomografie (SPECT) a Fludeoxyglukózy F18 (18F-FDG) (Bazargani, 2024).

CT

CT sken je zobrazovací metoda využívající rentgenové záření k vytvoření detailních snímků mozku. U demence může odhalit zmenšení mozkových oblastí nebo jiné možné příčiny onemocnění (Zhang, 2021).

MRI

Pro časnou diagnostiku ACH se zkoumá řada zobrazovacích biomarkerů, jako je MRI, PET, SPECT a spektrální MRI (14MRSI). MRI je vysoce účinná a neinvazivní metoda, která poskytuje detailní zobrazení mozkových struktur a je přesnější než CT, SPECT a PET. Tato technika má pozitivní výsledek při zobrazování měkkých tkání a identifikaci malých abnormalit v mozku. Zlepšení diagnostických schopností MRI je výsledkem přesného a systematického značení MR obrazů, což je klíčové pro rozlišení mezi pacienty s ACH a zdravými kontrolami (Porsteinsson, 2021).

PET

Moderní zobrazovací metody, zejména amyloidní PET, nabízí vizualizaci proteinů spojených s ACH, konkrétně amyloid beta ($A\beta$) a tau. Tento přístup, doporučený Alzheimer's Association, využívá indikátory, které se vážou na amyloidní plaky, což pomáhá potvrdit jejich přítomnost v mozku. Přestože amyloidní PET poskytuje cenné informace, samotný pozitivní nálezn není dostatečný pro definitivní diagnostiku ACH a je nutné ji doplnit o kognitivní hodnocení. Další omezení představuje jeho vysokou cenu a omezenou dostupnost v rámci zdravotního pojištění. Pokud PET není dostupný, lze biomarkery amyloid stanovit i analýzou mozkomíšního moku (CSF) (Porsteinsson, 2021).

Pozitronová emisní tomografie využívající radioaktivní fluor (18 F-FDG PET)

Radioaktivní fluor (Fludeoxyglukóza) $F 18$ je radioaktivní indikátor používaný v pozitronové emisní tomografii (PET) k diagnostice a sledování různých onemocnění, především v neurologii, onkologii a kardiologii. V neurologii se FDG PET využívá k detekci regionálního metabolismu glukózy, což je užitečné pro diagnostiku neurodegenerativních onemocnění, jako je Alzheimerova choroba (ACH). Typickým nálezem u ACH je hypometabolismus v posteriorním cingulárním a tempoparietálním kortexu. FDG PET je také užitečné při hodnocení nádorů a kardiovaskulárních onemocnění, kde pomáhá identifikovat problémy spojené s metabolismem spojeným s těmito stavy. Přestože je tato technologie cenným diagnostickým nástrojem, její využívání je omezeno vysokými náklady

a dostupností. Hodnocení je vizuální, semikvantitativní a může zahrnovat i sofistikovanější analýzu, kdy se regionální akumulace radiofarmaka (RF) porovnává s normální databází pomocí z-skóre. U pacientů s MCI při ACH je typický hypometabolismus v posteriorním cingulárním a temporoparietálním kortexu bilaterálně (Balážová, 2021).

Moderní trendy v diagnostice

Byl navržen nový kognitivní test využívající virtuální realitu (VR) k časně diagnostice Alzheimerovy choroby (ACH). Tento přístup zohledňuje cílení na konkrétní kognitivní domény a využívá flexibilitu virtuálního prostředí. Výsledky ukázaly, že VR může zvýšit účinnost současných diagnostických metod. Nicméně, studie nedostatečně zohledňuje návrh prostředí pro specifickou věkovou skupinu a test by potřeboval další úpravy pro lepší přizpůsobení pacientům (Ijaz, 2019).

Navzdory pokrokům ve VR stále existují výzvy při jejím použití u starších dospělých, například kybernetická nemoc a nepohodlí. Vlastnosti s věkem, jako je omezená znalost VR, problémy se zrakem a sluchem, mohou ovlivnit návrh uživatelského rozhraní a přinášet další potíže. Starší jedinci se také často potýkají s omezenými sociálními, ekonomickými, fyzickými a kognitivními zdroji, což ztěžuje přizpůsobení se novým technologiím. Je tedy důležité považovat tuto skupinu za rozmanitou, nikoli homogenní. V návrhu VR prostředí pro starší dospělé je kladen důraz na několik klíčových faktorů, jako jsou vizuální aspekty, bezpečnost, minimalizace vedlejších účinků, použitelnost a realističnost. Doporučuje využívat známé materiály a omezit počet objektů pro snadnější orientaci v prostředí (Bazargani, 2024).

3 NEJNOVĚJŠÍ DOHLEDANÉ PUBLIKOVANÉ POZNATKY O DŮSTOJNOSTI U PACIENTA S ACH

S postupem nemoci pacient stále více potřebuje podporu pečujících, kteří by měli zaujmout chápavý přístup. Klíčové je podporovat jeho nezávislost, využívat a trénovat stávající schopnosti, což posiluje sebevědomí a pomáhá zpomalit průběh onemocnění. Důstojnost je základní lidskou hodnotou a neodmyslitelnou součástí zdravotní péče. U pacientů s Alzheimerovou chorobou (ACH) a dalšími neurodegenerativními onemocněními dochází k postupnému zhoršování kognitivních, behaviorálních a funkčních schopností. Tento proces může ohrozit jejich vnímání vlastní hodnoty a důstojnosti, což klade zvýšené nároky na zdravotnický personál a pečovatele, aby zajistili respektující a důstojnou péči. Důstojnost již ve starověku definovali myslitelé jako je Cicero a Tomáš Akvinský. Je vnímána jako přirozená a neměnná hodnota každého jednotlivce, nezávislá na jeho fyzickém či duševním stavu. Světová zdravotnická organizace (WHO) ji považuje za základ lidských práv a povinností (Zhang 2024).

Kategorie, modely, hodnotící škály a nástroje důstojnosti

Helena Kisvetrová (2019) zmiňuje, že důstojnost existuje ve dvou vzájemně doplňujících, ale odlišných formách. V tomto kontextu je chápána jako duální koncept zahrnující lidskou (základní) a sociální (osobní) důstojnost. Lidská důstojnost je abstraktní, univerzální hodnota, která náleží každé lidské bytosti na základě skutečnosti, že je člověkem. Spirituální pojetí důstojnosti je založeno na víře, že lidské bytosti mají mezi Božím stvořením privilegované místo. Koncept lidské důstojnosti vychází přesvědčení, že význam důstojnosti je zakotven v racionalitě lidských bytostí a jejich schopnosti jednat jako morální jedinci. Lidskou důstojnost proto nelze měřit, vytvořit ani zničit. Sociální důstojnost jedince je tvořena interakcí s jednotlivci, kolektivy a společnostmi. Lze ji rozdělit na důstojnost, kterou přisuzuje jedinec sám sobě a důstojnost, kterou přisuzují druhí. Důstojnost, kterou si přisuzuje jedinec sám, představuje sebeúctu a hrdost. Důstojnost přisuzovaná druhými zahrnuje způsoby, kterými se prostřednictvím individuálního a kolektivního chování přisuzuje jedinci hodnota a respekt. Protože sociální důstojnost vzniká na základě společenské interakce, lze ji měřit, porušovat nebo zlepšovat. Ve stáří je tato forma důstojnosti při poskytování ošetrovatelské péče snadno pozitivně nebo negativně ovlivnitelná.

Kisvetrová (2019) dále uvádí čtyři kategorie důstojnosti Lennarta Nordenfelta vycházející z pojmů absolutní a relativní důstojnosti. První kategorie je důstojnost jako lidské právo a představuje absolutní hodnotu. Tuto důstojnost mají všichni lidé ve stejné míře na základě skutečnosti, že jsou lidské bytosti. Je tedy vrozená (vnitřní) a patří všem lidem bez ohledu na pohlaví, věk, rasu nebo náboženství. Vytváří základ pro morální závazek respektování jiných lidí a prožitek důstojnosti nebo ponížení ve třech dalších kategoriích, a to důstojnosti zásluh, důstojnosti mravní síly a důstojnosti osobní identity. Tyto tři kategorie představují důstojnost jako relativní hodnotu. To znamená, že závisí na chování, autonomii a integritě jednotlivce a osob, s nimiž je člověk v kontaktu. Tyto kategorie také vytváří předpoklady pro sebe. Důstojnost zásluh je dána formálním a neformálním statusem jedince ve společnosti. Lidem je přisuzována na základě zastávání určitých rolí, funkcí nebo zásluh za vykonané činy. Důstojnost mravní síly je založena na morální integritě a klade důraz na schopnost jedince žít v souladu s morálními principy. Důstojnost osobní identity souvisí s identitou člověka jako osoby, se sebeúctou jako pojmy jako integrita, samostatnost a začlenění. Může být ohrožena a narušena, pokud jsou starší lidé uráženi a je s nimi zacházeno jako s předměty. Ve vztahu k seniorům proto představuje nejdůležitější typ důstojnosti (Kisvetrová, 2019).

Zatímco Nordenfelt identifikoval čtyři pozitivní kategorie důstojnosti, Jonathan Mann vytvořil taxonomii čtyř kategorií porušování důstojnosti. První lze popsat jako nebýt vidět. K tomu dochází, když někdo cítí, že neuznáván a je ignorován. Příkladem z ošetrovatelské praxe může být geriatrický pacient, který se snaží upoutat pozornost sestry. Sestra se však vyhýbá očnímu kontaktu s pacientem a ignoruje ho. Druhou kategorií je být viděn pouze jako člen skupiny. V takových situacích jsou senioři stereotypně vnímáni pouze jako členové určitých skupin (např. důchodci nebo dementní). Jak Mann požaduje, skupinová klasifikace může být zdrojem hrdosti, ale v tomto případě je vnímání seniora pouze jako člena skupiny pejorativní. Třetí kategorie zahrnuje ohrožení důstojnosti způsobené narušením osobního prostoru. K tomu může docházet například při provádění osobní hygieny bez zajištění dostatečného soukromí seniora. Poslední kategorie je ponížení. To vzniká, pokud jsou senioři vyčleněni, odlišeni nebo odloučeni od skupiny nebo společnosti a jsou předmětem kritiky a posměchu (Pegeau, 2024).

Oosterveld-Vlug popisuje Model důstojnosti v nemoci, ve kterém uvádí, jak nemoc ovlivní osobní důstojnost pacienta. Podle tohoto dvoustupňového modelu neovlivňuje nemoc důstojnost pacienta přímo. Působí nepřímo, a to způsobem, jakým je pacient vnímán

prostřednictvím tří složek tvořících sebehodnocení: individuální já, relační já a společenská já (De Voogd, 2020).

Senioři spojují s pojetím důstojnosti především úctu (vůči sobě samému – sebeúcta, i k druhým a ze strany druhých) a participaci (zapojení do dění). Porozumění problémům, které by mohly ohrozit důstojnost seniorů, pomáhá zdravotníkům chránit starší jedince před ztrátou osobní a sociální důstojnosti. Vhodnými nástroji pro hodnocení důstojnosti ve stáří je Dotazník důstojnosti pacientů nebo Sebeuposuzovací škála důstojnosti dle Jacelonové (Adawudu, 2025).

Dotazník důstojnosti pacientů (Patient Dignity Inventory; PDI) vychází z Chochinova Modelu důstojnosti. PDI obsahuje 25 položek zahrnujících široké spektrum fyzických, psychosociálních a duchovních problémů ovlivňujících výskyt důstojnosti pacienta. I když byl primárně vytvořený jako hodnoticí nástroj pro terminálně nemocné onkologické pacienty, je v současné době využíván i u pacientů v počáteční fázi demence a seniorů, kteří nejsou v terminální fázi nemoci, ale prožívají závěr svého života (Kisvetrová, 2021).

Sebeuposuzovací škála důstojnosti dle Jacelonové (Jacelon Attributed Dignity Scale; JADS) byla vytvořena speciálně pro seniorskou populaci. Tvoří ji 18 pozitivně formulovaných výroků zaměřených na zjištění míry přisuzované důstojnosti seniora. Vysoká hodnota přisuzované důstojnosti představuje protektivní faktor ve vztahu ke zdraví, soběstačnosti, nezávislosti, kvalitě života a úspěšnému stárnutí (Kisvetrová, 2019).

Podle Zhanga (2024) důstojnost lze chápat ve dvou rovinách: absolutní a relativní. Absolutní důstojnost souvisí s identitou člověka, jeho hodnotami a smyslem života, zatímco relativní důstojnost se mění v závislosti na vnějších faktorech, sociálních vztazích a interakcích s okolím. Vnější vlivy mohou důstojnost narušit, ale také přejít, což je klíčové zejména pro lidi se zdravotním postižením nebo kognitivním oslabením. Zachování důstojnosti z pohledu seniora tedy znamená, že má svůj život pod kontrolou a je s ním jednáno s respektem k jeho autonomii a osobní identitě. Aby toho dosáhl, musel být ostatními lidmi vnímán jako jedinečná bytost i jako integrovaný a respektovaný člen společnosti.

Listiny práv pro pacienty s Alzheimerovou chorobou

- Mít přístup k informacím o své diagnóze.
- Dostávat kvalitní a pravidelnou lékařskou péči.

- Být co nejdéle aktivní v pracovním a volnočasovém životě.
- Být respektován jako dospělý, nikoliv jako dítě.
- Mít možnost vyjádřit své pocity, které budou brány vážně.
- Vyhýbat se užívání psychofarmak, pokud to není nezbytné.
- Žít v bezpečném, organizovaném a předvídatelném prostředí.
- Mít možnost se věnovat smysluplným činnostem, které obohacují každý den.
- Mít pravidelný pobyt venku.
- Mít fyzický kontakt, včetně objímání, pohlazení a držení za ruku.
- Být obklopen lidmi, kteří znají jeho životní příběh, včetně kulturních a náboženských tradic.
- Být v péči odborníků, kteří jdou dobře vyškoleni v péči o osoby s demencí (Alzheimer's Texas, 2025).

Atributy důstojnosti

Důstojnost člověka je úzce propojena s respektem, sebeúctou a autonomií – klíčovými prvky, kteří tvoří jeho identitu a hodnotu. Sebevědomí a vnímání vlastní hodnoty posilují individualitu, která zahrnuje nejen fyzický vzhled, ale především osobní přesvědčení, zkušeností a životní měření (Zhang, 2024).

Respekt je zásadní pro zachování důstojnosti, protože podporuje sebeúctu a sebedůvěru. Uznání a přijetí druhými lidmi hraje klíčovou roli zejména u jedinců, kteří čelí zdravotním omezením nebo jiným životním výzvám. Inkluzivní přístup ve společnosti umožňuje lidem zachovat si vlastní identitu a smysl života v situacích, kdy se jejich kognitivní nebo fyzické schopnosti snižují (Zhang, 2024).

Neméně důležitá je autonomie – právo každého jedince rozhodovat o svém životě v rámci svých možností. Zachování nezávislosti, byť jen v dostatečné míře, posiluje pocit vlastní hodnoty a umožňuje člověku vést důstojný život (Zhang, 2024).

Podpora důstojnosti a kvality života

Podpora důstojnosti má přímý vliv na zlepšení kvality života jednotlivců. Pokud je uznána osobnost jednotlivce a podporováno jeho blaho, vede k rozvoji příznivých vlastností, jako je

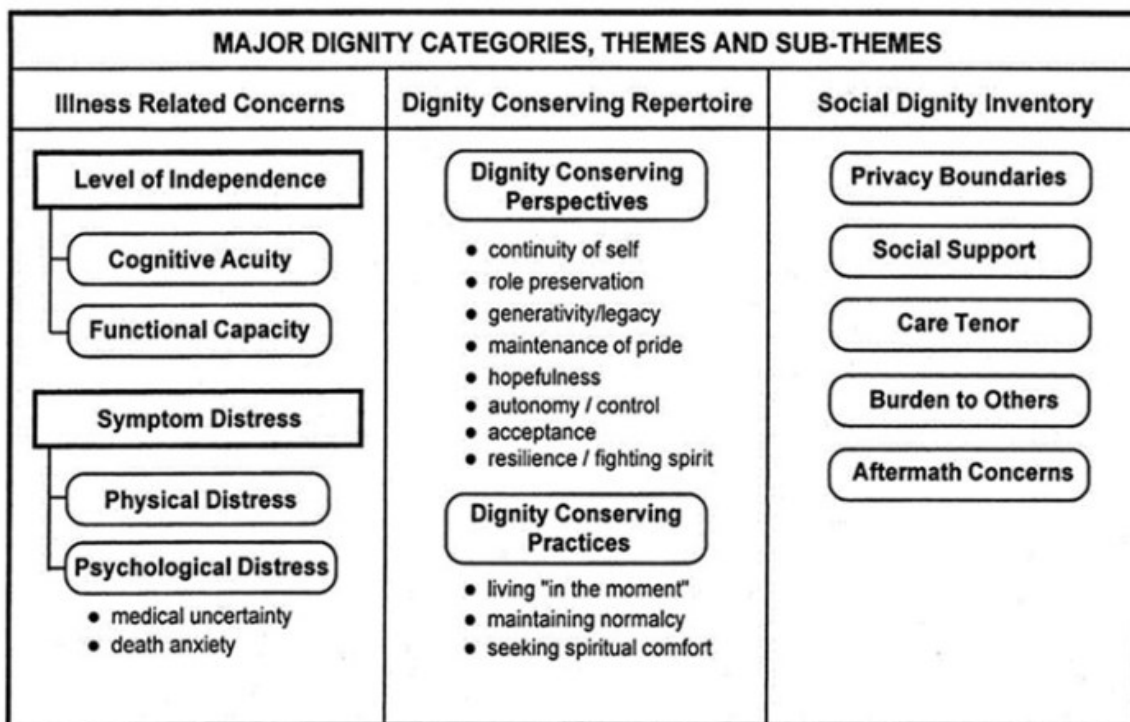
schopnost zůstat zdravý a dobře živý. Důstojnost byla uznána jako klíčový faktor určující kvalitu života. V případě chronického degenerativního onemocnění, jako je ACH, znamená podporu důstojnosti i udržení základního zdravotního stavu a duševní pohody. Správné řízení symptomů, podpora emocí a spirituality jedinců zlepšují kvalitu života díky holistickému přístupu. I když důstojnosti mohou znít složitě, její složky jsou již přítomny v mnoha etických kodexech ve zdravotnictví (Grassi, 2024).

Autonomie a zásada neškodlivosti by měly být přirozeně součástí lékařské péče o osoby se zdravotním postižením. Vědecký a společenský pokrok v oblasti demence přináší nové možnosti pro začlenění důstojnosti do péče o osoby s ACH. Pokud je péče přizpůsobena osobním hodnotám a identitě, lze efektivně uspokojit potřeby pacienta a zajistit optimální využití dostupných zdrojů. Významným pokrokem včasné diagnostiky ACH prostřednictvím biomarkerů je možnost zapojení pacientů do plánování péče. To umožňuje vytvoření péče, která je zaměřena na osobní hodnoty a individuální potřeby pacientů, čímž zajišťuje "dementování s důstojností". Časové plánování péče, zaměřené na člověka, je klíčové pro zachování kvality života a pro přípravu na pozdější progresi onemocnění, s ohledem na emocionální pohodu a duchovní zdraví pacientů. Začlenění důstojnosti do zdravotní péče zvyšuje nejen efektivitu vědeckého výzkumu, ale i kvalitu klinické péče a dosahování optimálních výsledků pro pacienty a jejich rodinu (Zhang, 2024).

Důstojnost na konci života

Důstojnost byla široce zkoumána v rámci paliativní medicíny, kde se považuje za klíčový faktor pro poskytování kvalitní péče v závěru života. Je to součást péče, která zahrnuje uznání lidské hodnoty a respektu k osobním právům. Základní prvky důstojného umírání jsou zachování osobní integrity, empatie, respektování přání ohledně jeho procesu umírání, minimalizace fyzického a emocionálního utrpení, ochrana soukromí, podpora emocionálních vazeb s blízkými, řešení nevyřízených záležitostí a přístup k duchovnímu pozadí. Chochinov a kolegové provedli výzkum zaměřený na vnímání důstojnosti u nevyлéčitelně nemocných pacientů. Vytvořili model, který vychází z kvalitativních rozhovorů a zaměřuje se na hlavní témata, jež pacienti považují za klíčová pro udržení své důstojnosti. V rámci tohoto výzkumu bylo zjištěno, že lékaři mají tendenci vnímat důstojnost především z hlediska fyzických aspektů utrpení, zatímco pečovatelé a blízcí pacienti často vnímají důstojnost z hlediska psychosociálních aspektů, které mají zásadní vliv na to, jak se pacienti cítí na konci života. Tento výzkum ukazuje, jak důležité je nejen fyzické zmírnění

bolesti, ale i emocionální a psychologická podpora pacientů, což podtrhuje komplexní povahu péče o důstojnost v paliativní medicíně (Grassi, 2024).



Obrázek 1 Hlavní kategorie důstojnosti (Chochinov, 2002)

Důstojnost ve stáří

Důstojnost starších lidí, zejména těch, kteří trpí ranou demencí, je složitý a mnohostranný problém. Stárnutí častou souvisí s pocitem poruchy osobní hodnoty a rostoucími osobními potřebami, což může vést k pocitům neviditelnosti a podceňování. Tento pocit může motivovat jedince k tomu, aby skryli symptomy nebo utrpení a pokusili se opět získat uznání a udržet si zdání nezávislosti. Život v tomto „plášti neviditelnosti“ může bránit těmto lidem v tom, aby se cítili slyšeni a bráni vážně.

Pro zachování důstojnosti a smyslu života je klíčové zapojení do smysluplných aktivit a udržování společenských rolí. Výzkum ukazuje znepokojivý rozdíl mezi ideálem důstojnosti a realitou, kterou zažívají starší lidé v zařízeních sociální péče. Negativní interakce s personálem, ohrožení soukromí a ignorování individuálních potřeb jsou hlavními faktory, které podkopávají důstojnost v domovech pro seniory a zdravotnických službách.

Ztráta autonomie a kontroly nad každodenním životem vede k pocitům bezmoci a snížení důstojnosti. K tomu patří i chronické zdravotní problémy, které zhoršují fyzické schopnosti a omezují schopnost vykonávat běžnou činnost. Tento pokles schopností dále ohrožuje osobní autonomii, což přisívá k pocitům zranitelnosti a negativně postihuje osoby. Starší lidé s duševními poruchami čelí ještě větším problémům v oblasti důstojnosti, například kvůli ageismu, riziku zneužívání, sociálními stigmaty a diskriminaci. Závislost, nedostatek a další faktory jako je institucionalizace a nerovnosti ve zdravotní péči odpovídají jejich zranitelnosti a komplikují jejich situaci (Grassi, 2024).

Hodnocení důstojnosti

Hodnocení důstojnosti je klíčovým prvkem pro zajištění kvalitní péče ve zdravotnictví, zejména v kontextu paliativní péče a péče o pacienty s chronickými nemocemi. Pravidelné hodnocení tohoto aspektu pobytu k udržení a podpoře základní lidské hodnoty pacienty v rámci klinických postupů. Podle výzkumů lze získat cenné informace o pacientově důstojnosti prostřednictvím několika metod, včetně přímého rozhovoru s pacienty.

Například otázka "Co o vás potřebuji vědět, abych vám mohl poskytnout tu nejlepší možnou péči?" se ukázala jako velmi účinná. Studie ukázala, že 93 % odborníků na paliativní péči tuto otázku považovalo za užitečnou v péči a 99 % jí doporučilo dalším zdravotníkům. Tato jednoduchá otázka nejen že poskytuje důležité informace, ale má i emocionální a empatii podporující účinky na personál. Podobně nástroj This Is Me (TIME) je zjednodušený způsob, jak zohlednit osobnost pacienta a následně jeho důstojnost.

Další nástroje, jako Who Are You? (WAY), zaměřují pozornost na pacienta jako celkovou lidskou bytost, pouze nikoli jako na osobu s nemocí. Tento přístup podporuje lepší vzájemné porozumění a důvěru mezi pacienty a zdravotníky. Kromě nástrojů existuje celá řada dalších specifických hodnotících nástrojů zaměřených na měření důstojnosti, například Amsterdam Dignity Instrument (MIDAM) a jeho varianta pro zařízení dlouhodobé péče (MIDAM-LTC). Tento nástroj hodnotí oblasti, jako je sebecit pacienta ve vztahu k ostatním, jeho fyzický a duševní stav a aspekty péče a prostředí.

Nástroje jako Inpatient Dignity Scale (IPDS) a Chochinův inventář důstojnosti (PDI) byly vyvinuty pro hodnocení specifických faktorů, které ovlivňují důstojnost pacientů na konci života. Výsledky ukázaly, že tyto nástroje pomáhají zdravotníkům lépe pochopit pacienta jako osobu a identifikovat klíčové oblasti, které mohou ovlivnit jeho důstojnost. Tato zjištění mohou vést ke zlepšení péče a přístupu k pacientům, protože poskytují

komplexní pohled na osobní a emocionální potřeby pacientů, které jsou klíčové pro jejich důstojnost.

V konečné řadě, hodnocení dopadu zásahů do důstojnosti pacientů a jejich rodiny je důležitým krokem v zajištění péče. Tento proces umožňuje lékařům a pečovatelům hodnotit, jak různé intervence ovlivňují pacienty ve vnímání vlastní důstojnosti a jaký měly dopad na jeho kvalitu života (Grassi, 2024).

Terapie důstojnosti

Dignity Therapy (DT) je terapeutický přístup zaměřený na zlepšení prožitku důstojnosti u pacientů trpících ohrožením jejich identity. Tento krátký, empiricky podložený terapeutický zásah, vyvinutý v oblasti paliativní péče, poskytuje pacientům příležitost reflektovat zásadní existenční a vztahové otázky. Cílem je pomoci pacientům identifikovat klíčové aspekty jejich života a hodnoty, které si přejí, aby byly zapamatovány. Jedná se o generativní dokument, který obsahuje smysluplné vzpomínky, moudrost a poselství, jež mohou být předány rodině a blízkým.

DT může být vedena různými zdravotníky, včetně lékařů, psychologů, sester, sociálních pracovníků a pastoračních pečovatelů, po řádném školení. Hlavním cílem tohoto přístupu je zmírnit úzkost, podporovat kvalitu života a potvrdit osobní hodnotu pacienta. Výzkumy, včetně randomizovaných kontrolovaných studií (RCT), porovnávaly DT s jinými formami péče a ukázaly, že DT přispívá k lepší kvalitě života pacientů, zlepšuje duchovní pohodu, zmírňuje deprese a smutek a zvyšuje spokojenost pacientů. Tento přístup byl úspěšně aplikována v různých lékařských prostředích, jak ukazují další studie.

Dignity Therapy (DT) původně vyvinutá v paliativní medicíně byla postupně aplikována i v dalších oblastech, jako jsou terminální onemocnění, chronický život ohrožující stavy a demence, kde hraje roli při zmírnění utrpení a poskytování smyslu života. DT se také používá v oblasti duševního zdraví, zejména u jedinců se závažnými duševními poruchami (SMI). Studie ukázaly, že i u těchto pacientů DT pomáhá při vytváření smyslu, zajištění důstojnosti a reflektování jejich životních hodnot, přičemž se objevují specifické problémy, jako stigma u pacientů se SMI a nespravedlnost u pacientů s rakovinou.

DT byla rovněž přínosem pro využití kontextu ve vězeňském prostředí, kde pomáhá jednotlivcům s doživotními tresty zkoumat témata, jako jsou svobody, sebevědomí a

vzdělání. Celkově je DT efektivní nástroj pro podporu důstojnosti a sebepotvrzení v různých náročných životních situacích.

Budoucí výzkum a intervence by měly brát v úvahu komplexí povahu důstojnosti a vytvořit zdravotnické prostředí, které podporuje soucit, respekt a důstojnost ve všech oblastech péče. To zahrnuje i zvládání výzev, které přináší rostoucí počet imigrantů, uprchlíků z válečných zón a lidí z různých kulturních prostředí, kteří se v různých zdravotnických prostředích setkávají s riziky ohrožující jejich důstojnost (Grassi, 2024).

Nedůstojné aspekty v péči

Mnohé studie ukazují, že stigmatizace a objektivizace jsou porušováním důstojnosti lidí s demencí. Objektivizace nastává, když jsou pacienti redukováni na objekty nebo je s nimi zacházeno jako s věcmi. Důstojnost je ohrožena, když jsou lidé s demencí vnímáni jako homogenní skupina nebo když péče není přizpůsobena jejich individuálním potřebám. Nedůstojné praktiky, jako panovačné chování mohou ještě zhoršit situaci. Odborníci často nekomunikují s pacienty správně, což vede k nedostatečnému respektu vůči jejich jedinečnosti (Van der Geugten, 2020).

Proces demence ztěžuje udržení vztahů a interakce mezi lidmi s demencí často vedou k nepochopení. Někteří jsou umísťováni do klidnějších prostředí, což může vyvolat pocity izolace. Odcizení se prohlubuje i u rodinných pečovatелů, kteří se cítí vzdálení kvůli změnám v kognitivních schopnostech jejich příbuzných. Takové změny mohou vést k pocitům opuštěnosti a ztráty identity. Zároveň mohou nedostatečná komunikace a nepochopení utrpení lidí s demencí ztížit poskytování kvalitní péče. Další faktor ohrožující důstojnost je nedostatek času a personálu v pečovatelských domovech. Nedostatek času vytváří atmosféru spěchu a snižuje kvalitu péče, což vede k situacím, kde pečovatелé věnují pozornost pouze základním úkolům. Tento stres z nedostatku zdrojů má za následek zanedbávání, což obyvatelé vnímají jako ponižující (Van der Geugten, 2020).

4 NEJNOVĚJŠÍ DOHLEDANÉ PUBLIKOVANÉ POZNATKY O PÉČI A ZACHOVÁNÍ DŮSTOJNOSTI U PACIENTŮ S ACH V ČR A ZAHRANIČÍ

V roce 2011 směrnice National Institute on Aging and Alzheimer's Association (NIA-AA) rozšířily definici Alzheimerovy choroby (ACH) o patologické procesy identifikované pomocí post mortem nebo in vivo markerů, nikoliv pouze klinické příznaky. V roce 2018 NIA-AA aktualizovala kritéria a zahrнула biomarkery do diagnostiky ACH, což zdůraznilo význam biologického základu onemocnění. Doporučila použití biomarkerů, jako jsou hladiny amyloid beta 42 (A β 42), t-tau, p-tau v mozkomíšním moku a obrazové techniky jako pozitronová emisní tomografie (PET) a magnetická rezonance (MRI) pro diagnostiku zejména v "preklinických fázích", kde je diagnóza nejistá (Rodríguez-Santiago, 2024).

Studie zaměřená na korelaci kognitivních testů (MMSE, MoCA, CDR) a biomarkerů CSF A β 42, p-tau a t-tau u portorických pacientů s MCI a ACH zjistila, že MMSE a MoCA mají statisticky významnou korelaci s biomarkery CSF. Výsledky ukazují, že kombinace těchto testů je užitečná pro diagnostiku, přičemž MoCA měl významnou korelaci s poměrem t-tau/A β 42. Tento výzkum podporuje používání MMSE a MoCA pro screening demence u starších Portorikánců (Rodríguez-Santiago, 2024).

Ve světě existuje jedna jediná speciální klinika pro péči o demenci ve státě Maine. Kombinuje výzkum s klinickou péčí. Cliff Singer, psychiatr a geriatr v nemocnici Northern Light Hospital v Bangonu ve státě Maine říká, že tato klinika "vázně kombinuje výzkum s klinickou péčí" (Walrath, 2024).

Důstojnost ve světě

Studie podle Kima (2024) v Koreji se zaměřovala na identifikaci a porovnání etických kodexů přijatých Korejskou asociací sester a Mezinárodní radou sester. Výsledky ukazují, že Korejská asociace sester kladla větší důraz na aspirační etiku (73,3 %) než Mezinárodní rada sester (53,6 %). Korejská asociace se více soustředila na právní důsledky týkající se adekvátních služeb a bezpečnosti pacientů, zatímco Mezinárodní rada kladla důraz na informovaný souhlas a povolenou praxi (Kim, 2024).

V jihoasijském kontextu se jako zásadní problém ukázal nízký stupeň informovanosti o demenci – a to jak u samotných pacientů, tak u rodinných pečovatелů. Časné příznaky byly často zaměňovány s běžným stárnutím či jinými zdravotními potížemi. Kulturní a

náboženské faktory významně ovlivňovaly vnímání nemoci, přičemž demence bývala v některých případech považována za boží zkoušku nebo dokonce test. Tato přesvědčení přispívala ke stigmatu, které odrazovalo od vyhledávání odborné pomoci. Rodinná péče byla často vnímána jako morální nebo náboženská povinnost, přičemž péče připadala převážně na dcery. Ačkoliv byla péče spojena s úctou ke starším, vedla často ke značné psychické a fyzické zátěži. Pečovatelé měli omezený přístup ke službám, a to kvůli jazykovým bariérám, nedůvěře ve zdravotnický systém nebo kvůli obavám ze ztráty soukromí a kulturní neadekvátnosti zařízení. Lidé s ACH si přáli zůstat doma, což zvyšovalo tlak na rodinné pečující (Poole, 2021).

Studie podle Poole (2021) upozorňuje na potřebu kulturně citlivého vzdělání jak pečovatelů, tak zdravotnického personálu, které by mohlo zmírnit stigma a posílit povědomí o možnostech péče. Významné jsou i intervence zaměřené na komunikaci a emoční podporu pečujících, a to zejména ve formě jazykově přístupných materiálů a komunitních aktivit.

Komunikace a vztahy mezi jedinci trpícími Alzheimerovou chorobou (ACH) nebo jinými demencemi a jejich pečovateli, zdravotními pracovníky a rodinnými příslušníky jsou klíčové pro udržení důstojnosti pacientů. Studie podle Torossiana (2021) prokazuje, že kvalitní interakce, při kterých jsou pacienti s ACH aktivně nasloucháni, respektováni a cítí se jako rovnocenní, přispívají k zachování jejich sebevědomí a důstojnosti. Naopak chování zaměřené pouze na úkoly nebo používání infantilizujícího jazyka může vážně ohrozit jejich důstojnost (Torossian, 2021).

Ve Švédsku a Spojených státech amerických (USA) byly identifikovány pozitivní přístupy, které podporují důstojnost, jako jsou komunikační strategie zahrnující aktivní naslouchání, péči zaměřenou na člověka, respektování, sdílení informací a zajištění autonomie. Naopak přístupy, které se soustředí na úkoly nebo používají zjednodušený jazyk, mohou mít negativní dopad na sebeúctu pacientů a jejich vnímání sebe sama. Tato zjištění jsou viditelná i v prostředí domovů pro seniory, zejména v zemích jako Norsko a USA, kde neosobní a rychlá péče často vede pacienty k pocitu odcizení a nerespektování jejich názorů (Torossian, 2021).

V oblasti intervencí byly v některých zemích, jako je Velká Británie a USA, zaznamenávány pozitivní výsledky z realizace vzdělávacích programů pro pečovatele a zdravotnický personál, která vedou k lepšímu pochopení důstojnosti pacientů s ACH a zlepšení komunikace s nimi. Některé výzkumy, například v Norsku, ukázaly, že terapie zaměřená na reminiscenci může přispět k posílení sebeúcty a osobní hodnoty pacientů. Na

druhou stranu účinnost některých intervencí, jako je Dignity Therapy, se v různých zemích lišila, což naznačuje potřebu dalšího výzkumu pro prokázání dlouhodobého zlepšení. Závěrem lze konstatovat, že ochrana důstojnosti jedinců s ACH závisí na kvalitě komunikace a vzorcích interakcí s pečovateli a zdravotníky. Udržení autonomie, respektu a aktivního naslouchání je nezbytné pro podporu jejich sebeúcty a prevenci ztráty důstojnosti v různých typech zdravotní péče, ať už v domácí péči, dlouhodobé péči nebo v akutních zdravotnických zařízeních (Torossian, 2021).

Mezinárodní výzkum Bavelaar (2022) zaměřený na zlepšení péče o pacienty s demencí obecně, vedl k vytvoření seznamu otázek pro pečovatele a rodinné příslušníky, který se soustředí na klíčové oblasti jako paliativní péče, zmírnění symptomů a rozhodování na konci života. Po počátečním výběru a redukci původních 248 otázek na 39, byl tento seznam podroben dalšímu zpřesnění. Tento proces probíhal ve spolupráci s odborníky na paliativní péči, výzkumníky a organizacemi z různých zemí, včetně Austrálie, Kanady a Nizozemska. Cílem bylo přizpůsobit otázky specifickým potřebám různých regionů a kulturních kontextů.

V některých zemích jako je Česká republika, se důraz kladl na otázky týkající se výživy a hydratace pacientů s ACH, což je v českém kontextu považováno za klíčovou složkou péče. Naopak v Nizozemsku a Velké Británii byly otázky více zaměřeny na paliativní péči a aspekty spojené s rozhodováním na konci života, včetně témat jako je eutanazie a podpora při ukončení života pacientů. Tento rozdílný přístup v jednotlivých zemích odráží různé kulturní a legislativní rámce, které ovlivňují rozhodování o péči o pacienty s pokročilou demencí. Výzkum ukázal, že některé oblasti, například paliativní péče u pacientů s demencí, byly univerzálními tématy, která byla relevantní napříč všemi zúčastněnými státy. To ukazuje na rostoucí globální povědomí o významu kvalitní péče v posledních fázích života pacientů s ACH a potřebu rozvíjet nástroje, které pomohou pečovatелům a rodinám efektivně reagovat na složité výzvy spojené s touto nemocí (Bavelaar, 2022).

5 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální poznatky o důstojnosti pacientů s Alzheimerovou chorobou, a to jak v kontextu diagnostických metod, tak i v oblasti péče o pacienty. Výsledky z dostupných studií ukazují, že otázka důstojnosti v péči o pacienty s Alzheimerovou nemocí je vysoce komplexní a multidimenzionální téma, které zahrnuje jak etické, tak praktické aspekty.

První důležitý zjištěný fakt je, že důstojnost pacientů s Alzheimerovou chorobou by měla být chápána jako širší koncept, který zahrnuje nejen respekt k autonomii pacienta, ale i vhodné přizpůsobení péče s ohledem na konkrétní potřeby jedince. Studie od Frankové (2024) potvrzuje, že respektování osobní autonomie i v pokročilých stádiích nemoci, kdy pacient již není schopen rozpoznávat své potřeby, je klíčové pro zachování lidské důstojnosti. Tento přístup by měl být podporován nejen v diagnostickém procesu, ale i ve všech fázích péče, od léčby po paliativní péči.

Významným zjištěním, které se objevilo při sumarizaci dostupných výzkumů, je rozdílný přístup k důstojnosti v různých zemích. Například v některých asijských zemích, jak ukazuje studie z Japonska (Kim, 2024), je zachování důstojnosti silně ovlivněno kulturními normami, které preferují kolektivní péči a roli rodiny při rozhodování. Naopak v evropském kontextu, a konkrétně v České republice, se větší důraz klade na individuální přístup k pacientovi a transparentní komunikaci mezi zdravotníky a rodinou. Tato kulturní a systémová rozdílnost může mít zásadní vliv na kvalitu péče o pacienty s Alzheimerovou nemocí.

V oblasti diagnostiky se výzkumy shodují na důležitosti včasné detekce, která má zásadní vliv na zachování důstojnosti pacienta. Včasná diagnóza umožňuje pacientům a jejich rodinám lépe plánovat budoucnost a aktivně se zapojit do rozhodování o péči. Studie od Jacka et al. (2024) zdůrazňuje, že použití pokročilých diagnostických nástrojů může výrazně přispět k lepší a citlivější diagnostice, která reflektuje individuální potřeby pacientů.

Nicméně, jak ukázaly některé výzkumy, stále existují výzvy, které brání plné implementaci těchto přístupů do praxe. Mezi hlavní problémy patří nedostatek kvalifikovaného personálu, nedostatečné financování zdravotní péče a složité etické dilema spojené s rozhodováním o léčbě v pokročilých stádiích nemoci. V některých případech může být těžké najít rovnováhu mezi zachováním důstojnosti a poskytováním nezbytné péče, což je zvláště evidentní v paliativní péči, jak uvádí studie Kalvacha et al. (2020).

Vzhledem k těmto zjištěním je možné doporučit několik klíčových kroků pro zlepšení péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Prvním krokem by měla být další podpora a rozvoj diagnostických metod, které zohlední nejen biologické aspekty nemoci, ale i individuální psychologické a emocionální potřeby pacientů. Dále je nutné zlepšit školení zdravotníků v oblasti komunikace s pacienty a jejich rodinami, aby byla zachována důstojnost pacientů i v těžkých fázích nemoci. Konečně, je třeba věnovat více pozornosti etickým otázkám a vytvořit rámec pro rozhodování v rámci paliativní péče, které budou respektovat jak lékařské, tak i etické standardy.

Závěrem lze říct, že zajištění důstojnosti pacientů s Alzheimerovou chorobou je komplexním úkolem, který vyžaduje přístup napříč zdravotnickými, etickými a kulturními oblastmi. I když pokroky v diagnostice a péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou v posledních letech přinesly významná zlepšení, stále existují oblasti, které si žádají další výzkum a inovace. Pro zajištění kvalitní péče a plného respektování důstojnosti pacientů je nezbytné pokračovat v rozvoji interdisciplinárních přístupů a podpořit spolupráci mezi výzkumníky, zdravotníky, rodinami a pacienty.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo dohledat a sumarizovat nejnovější poznatky týkající se důstojnosti pacientů s Alzheimerovou chorobou (ACH) v kontextu její diagnostiky, péče a společenského vnímání. Jednotlivé kapitoly se věnovaly jak obecným charakteristikám onemocnění a moderním diagnostickým metodám, tak také způsobům zacházení s lidskou důstojností u osob s ACH, a to v českém i mezinárodním prostředí.

Z hlediska diagnostiky byly popsány aktuální nástroje a biomarkery, které umožňují přesnější a včasnější detekci onemocnění, včetně nově upravených kritérií podle Alzheimer's Association (JACK et al., 2024) a využití inovativních testů jako Amnesia Light and Brief Assessment (BARTOŠ, 2022). Důraz na včasnou diagnostiku je zcela zásadní pro plánování péče, zapojení pacienta do rozhodování a posilování jeho důstojnosti.

Významnou oblastí z pohledu důstojnosti pacientů je přístup zdravotnických pracovníků i pečujících osob. Studie ukazují, že respekt, empatická komunikace a podpora autonomie mají přímý dopad na kvalitu života pacientů (EDUARDO et al., 2023). Pozitivní přístup k zachování důstojnosti je však ovlivněn také kulturním kontextem. Například v některých asijských zemích, jako je Jižní Korea, se důstojnost pacientů více pojí s rodinnou úctou a sociální rolí, zatímco v evropských zemích, včetně České republiky, se klade důraz na individuální autonomii a lidská práva.

Srovnání situace v České republice s dalšími zeměmi odhalilo určité rezervy v systému podpory pacientů a jejich rodin, především v dostupnosti paliativní péče, vzdělávání pečujících a standardizací důstojných intervencí. Zároveň však existují inovativní projekty, jako bezplatné testování paměti v lékárnách (ŠIMANDL et al., 2021), které mohou přispět k včasnému zachytu poruch a větší citlivosti k potřebám seniorů.

Do budoucna se jeví jako klíčové posílení výzkumu zaměřeného na důstojnost v kontextu Alzheimerovy choroby, a to jak z pohledu pacientů, tak jejich blízkých. Dignity Therapy, která byla původně vyvinuta pro pacienty v terminálním stadiu onkologických onemocnění, se ukazuje jako slibná i u lidí s demencí, zejména v raných fázích onemocnění. Její širší zavedení by mohlo představovat významný krok k humanizaci péče.

Pro zajištění důstojného života pacientů s Alzheimerovou chorobou lze doporučit několik konkrétních kroků. Je potřeba podporovat další rozvoj edukace zdravotnického personálu a neformálních pečujících v oblasti komunikace, etiky a paliativní péče. Zavádění struktur, které umožní pacientům aktivně se podílet na rozhodování o své péči již v rané fázi

onemocnění, přispívá k zachování jejich autonomie. Dále by bylo přínosné systematicky podporovat využívání terapeutických přístupů, jako je Dignity Therapy a rozvíjet mezioborovou spolupráci v oblasti sociální a zdravotní péče. V neposlední řadě by měla být věnována větší pozornost mezinárodním osvědčeným postupům, které by mohly být implementovány i do českého prostředí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAWUDU, Emefa Awo; CHEN, Chunfang; CHOI, Jeungok a JACELON, Cynthia, 2025. Psychometric Properties of Jacelon's Attributed Dignity Scale Among College-Aged Individuals. *Journal of College and Character*. Online. s. 1-13. ISSN 2194-587X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/2194587X.2025.2449974>. [citováno 2025-03-24].

Alzheimerova nemoc, 2015. Online. Česká alzheimerovská společnost. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/alzheimerova-nemoc/> [citováno 2024-11-04].

Alzheimer's Texas, 2015. 10 Ways to Preserve Dignity and Quality of Care. *Alzheimer's Texas*. Online. Dostupné z: <https://www.txalz.org/blog/10waystopreservedignity/> [citováno 2025 03-24].

ASHTON, Nicholas J.; BRUM, Wagner S.; DI MOLFETTA, Guglielmo; BENEDET, Andrea L.; ARSLAN, 2024. Burak et al. Diagnostic Accuracy of a Plasma Phosphorylated Tau 217 Immunoassay for Alzheimer Disease Pathology. *JAMA Neurology*. Online. roč. 81, č. 3. ISSN 2168-6149. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2023.5319>. [citováno 2025-03-14].

BAJTOŠOVÁ, Radoslava; HOLMEROVÁ, Iva a RUSINA, Robert, 2021. New insights on the treatment of dementia. *Neurologie pro praxi*. Online. roč. 22, č. 3, s. 194-200. ISSN 1213-1814. Dostupné z <https://doi.org/10.36290/neu.2021.014>. [citováno 2025-04-08].

BALÁŽOVÁ, Zuzana; BERNÁTEK, Jaromír a BALÁŽ, Marek, 2021. The role of nuclear medicine in diagnosis of Parkinson's disease, Alzheimer's disease and dementia with Lewy bodies. *Neurologie pro praxi*. Online. roč. 22, č. 5, s. 386-392. ISSN 12131814. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/neu.2021.032>. [citováno 2025-02-13].

BARTOŠ, Aleš, 2022. Inovative and original Czech cognitive tests Amnesia Light and Brief Assessment and Picture naming and immediate recall and examination tools int the diagnosis of cognitive disorders and dementias. *Medicina pro praxi*. Online. roč. 19, č. 1, s. 50-57. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/med.2022.007>. [citováno 2025-03-25].

BAVELAAR, Laura; NICULA, Maria; MORRIS, Sophie; KAASALAINEN, Sharon; ACHTERBERG, Wilco P. et al., 2022. Developing country-specific questions about end-of-life care for nursing home residents with advanced dementia using the nominal group

technique with family caregivers. *Patient Education and Counseling*. Online. roč. 105, č. 4, s. 965-973. ISSN 07383991. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.031>. [citováno 2025-04-16].

BAZARGANI, Jalal Safari; RAHIM, Nasir; SADEGHI-NIARAKI, Abolghasem; ABUHMED, Tamer; SONG, Houbing et al., 2024. Alzheimer's disease diagnosis in the metaverse. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*. Online. roč. 255. ISSN 01692607. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2024.108348>. [cit. 2025-03-14].

CHOCHINOV, Harvey Max; HACK, Thomas; MCCLEMENT, Susan; KRISTJANSON, Linda a HARLOS, Mike, 2002. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine*. Online. roč. 54, č. 3, s. 433-443. ISSN 02779536. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00084-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00084-3). [citováno 2025-04-01].

DE VOOGD, X; OOSTERVELD-VLUG, MG; TORENSMA, M; ONWUTEAKA-PHILIPSEN, BD; WILLEMS, DL et al., 2020. A dignified last phase of life for patients with a migration background: A qualitative study. *Palliative Medicine*. Online. roč. 34, č. 10, s. 1385-1392. ISSN 0269-2163. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0269216320948708>. [citováno 2025-03-24].

Diagnóza Alzheimerova nemoc! A co dál?: praktický průvodce pro lidi žijící s demencí a jejich pečující. Praha: Česká alzhemierovská společnost, 2023. ISBN 978-80-86541-68-6.

EDUARDO, Juliano Jacinto; PEREIRA, Fabiana Freitas; PEREIRA, Gabriela Macedo; LUSTOSA, Natalia Giffoni; BRUNELLI, Lisandre Frazao a AVERSIFERREIRA, Tales Alexandre, 2023. Anamnesis in Alzheimer's Disease: A Review and Proposal. *International Neuropsychiatric Disease Journal Online*. roč. 19, č. 4, s. 43-54. ISSN 2321-7235. Dostupné z: <https://doi.org/10.9734/indj/2023/v19i4381>. [citováno 2025-03-06].

ENGELBORGHES, Sebastiaan; NIEMANTSVERDRIET, Ellis; STRUYFS, Hanne; BLENNOW, Kaj; BROUNS, Raf et al., 2017. Consensus guidelines for lumbar puncture in patients with neurological diseases. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*. Online. roč. 8, č. 1, s. 111-126. ISSN 2352-8729. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2017.04.007>. [citováno 2024-11-19].

FIŠAR, Zdeněk a HROUDOVÁ, Jana, 2024. Alzheimerova nemoc: rizikové faktory, biomarkery a farmaceutické strategie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. Online. roč. 120, č. 2, s. 71-83. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1573>. [citováno 2024-10-14].

FRANKOVÁ, Vanda, 2017. Demence u Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi*. Online. roč. 18, č. 1, s. 30-32. ISSN 11213-0509. Dostupné z: https://psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201701-0007_Demence_u_Alzheimerovy_choroby.php [citováno 2024-10-25].

GRASSI, Luigi; NANNI, Maria Giulia; RIBA, Michelle a FOLESANI, Federica, 2024. Dignity in Medicine: Definition, Assessment and Therapy. *Current Psychiatry Reports*. Online. roč. 26, č. 6, s. 273-293. ISSN 1523-3812. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01506-3>. [citováno 2025-03-24].

HOLMEROVÁ, Iva a NOVÁKOVÁ, Martina, 2024. Modern pharmacotherapy of Alzheimer's disease. *Klinická farmakologie a farmacie*. Online. roč. 38, č. 2, s. 55-59. ISSN 1212-7973. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/far.2024.010>. [citováno 2025-04-08].

IJAZ, Kiran; AHMADPOUR, Naseem; NAISMITH, Sharon L a CALVO, Rafael A, 2019. An Immersive Virtual Reality Platform for Assessing Spatial Navigation Memory in Predementia Screening: Feasibility and Usability Study. *JMIR Mental Health*. Online. roč. 6, č. 9. ISSN 2368-7959. Dostupné z: <https://doi.org/10.2196/13887>. [citováno 2025-02-16].

JACK, Clifford R.; ANDREWS, J. Scott; BEACH, Thomas G.; BURRACCHIO, Teresa; DUNN, Billy et al., 2024. Revised criteria for diagnosis and staging of Alzheimer's disease: Alzheimer's Association Workgroup. *Alzheimer's & Dementia*. Online. roč. 20, č. 8, s. 5143-5169. ISSN 1552-5260. Dostupné z <https://doi.org/10.1002/alz.13859>. [citováno 2025-03-08].

JIMÉNEZ, Carlos, 2025. Alzheimer's research: a global update on 2024 breakthroughs. *Medical Tourism magazine*. Online. Dostupné z: <https://www.magazine.medicaltourism.com/article/alzheimers-research-a-global-update-on-2024-breakthroughs> [citováno 2025-02-03].

KALVACH, Pavel; ADAM, Pavel a VOGNER, Martin, 2020. Alzheimerova nemoc aneb filozofické a sémantické nedorozumění. *Vesmír*. Online. vol. 99, no. 1, s. 42-45. ISSN 1214-4029. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/2020/cislo-1/alzheimerova-nemoc.html> [citováno 2024-10-14].

KARIKARI, Thomas K.; ASHTON, Nicholas J.; BRINKMALM, Gunnar; BRUM, Wagner S.; BENEDET, Andréa L. et al., 2022. Blood phospho-tau in Alzheimer disease: analysis, interpretation, and clinical utility. *Nature Reviews Neurology*. Online. roč. 18, č. 7, s. 400-

418. ISSN 1759-4758. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00665-2>. [citováno 2025-03-05].

KIM, Min Ji a CHOI, Jiyeon, 2024. Global Comparison of Codes of Ethics for Nurses: A Mixed-Method Collective Case Study Differentiating Aspirational and Mandatory Ethics. *Journal of Clinical Nursing*. Online. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.17557>. [citováno 2025-04-08].

KISVETROVÁ, Helena, 2019. Důstojnost ve stáří. *Profese online*. Online. roč. 12, č. 2, s. 10-11. ISSN 18034330. Dostupné z: <https://doi.org/10.5507/pol.2019.006>. [citováno 2025-03-24].

KISVETROVÁ, Helena; HERZIG, Roman; BRETŠNAJDROVÁ, Milena; TOMANOVÁ, Jitka; LANGOVÁ, Kateřina et al., 2021. Predictors of quality of life and attitude to ageing in older adults with and without dementia. *Aging & Mental Health*. Online. roč. 25, č. 3, s. 535-542. ISSN 1360-7863. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1705758>. [citováno 2025-03-24].

KNOPMAN, David S, 2025. Precision diagnosis of cognitive impairment due to Alzheimer's disease for therapeutic interventions. *Alzheimer's & Dementia*. Online. roč. 21, č. 1. ISSN 1552-5260. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/alz.14043>. [citováno 2025-03-08].

MANTZAVINOS, Vasileios a ALEXIOU, Athanasios, 2017. Biomarkers for Alzheimer's Disease Diagnosis. *Current Alzheimer Research*. Online. roč. 14, č. 11. ISSN 15672050. Dostupné z: <https://doi.org/10.2174/1567205014666170203125942>. [cit. 2025-02-10].

Národní zdravotnický informační portál, 2025. *Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*, Online. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1314-alzheimerova-choroba> [citováno 2024-11-4].

National Institute on Aging, 2022. How biomarkers Help Diagnose Dementia. Online. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-symptoms-and-diagnosis/how-biomarkers-help-diagnose-dementia> [citováno 2024-12-16].

PAGEAU, Félix; FIASSE, Gaëlle; NORDENFELT, Lennart a MIHAILOV, Emilian, 2024. Care of the older person and the value of human dignity. *Bioethics*. Online roč. 38, č. 1, s. 44-51. ISSN 0269-9702. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/bioe.13251>. [citováno 2025-03-24].

PINTO, Tiago C.C.; MACHADO, Leonardo; BULGACOV, Tatiana M.; RODRIGUES-JÚNIOR, Antônio L.; COSTA, Maria L.G. et al., 2019. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) screening superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) in the detection of mild cognitive impairment (MCI) and Alzheimer's Disease (AD) in the elderly? *International Psychogeriatrics*. Online. roč. 31, č. 4, s. 491-504. ISSN 10416102. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1041610218001370>. [citováno 2025-04-01].

POOLE, Chloe; HARRISON, Joanna a HILL, James, 2021. Understanding dementia in South Asian populations: an exploration of knowledge and awareness. *British Journal of Neuroscience Nursing*. Online. roč. 17, č. 4, s. 156-159. ISSN 1747-0307. Dostupné z: <https://doi.org/10.12968/bjnn.2021.17.4.156>. [citováno 2025-04-08].

PORSTTEINSSON, A.P.; ISAACSON, R.S.; KNOX, Sean; SABBAGH, M.N. a RUBINO, I, 2021. Diagnosis of Early Alzheimer's Disease: Clinical Practise in 2021. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*. Online. roč. 8, č. 3, s. 371-386. ISSN 2274-5807. Dostupné z: <https://doi.org/10.14283/jpad.2021.23>. [citováno 2024-11-15].

PROKOPOVÁ, Iva, 2018. Pharmacotherapy of Alzheimer's disease and neuropsychiatric symptoms of dementia. *Psychiatrie pro praxi*. Online. roč. 19, č. 2, s. 58-63. ISSN 12130508. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/psy.2018.014> [citováno 2025-04-08].

Reakce Alzheimer Europe k zamítavému stanovisku CHMP k lecanemabu. 2024. Česká alzheimerovská společnost. Online. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/clanky/alzheimerova-choroba-ve-svete/reakce-alzheimer-europe-k-zamitavemu-stanovisku-chmp-k-lecanemabu/> [citováno 2025-04-11].

RODRÍGUEZ-SANTIAGO, María A.; WOJNA, Valerie; MIRANDA-VALENTÍN, Eric; ARNOLD, Steven a SEPÚLVEDA-RIVERA, Vanessa, 2024. Diagnosing Alzheimer's disease: Which dementia screening test to use in elderly Puerto Ricans with mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease? *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*. Online. roč. 16, č. 1. ISSN 2352-8729. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/dad2.12554>. [citováno 2025-04-08].

SHAW, Leslie M.; ARIAS, Jalayne; BLENNOW, Kaj; GALASKO, Douglas; MOLINUEVO, Jose Luis et al., 2018. Appropriate use criteria for lumbar puncture and cerebrospinal fluid testing in the diagnosis of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*. Online. roč. 14, č. 11, s. 1505-1521. ISSN 1552-5260. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.07.220>. [citováno 2025-02-08].

ŠÁTEKOVÁ, Lenka, 2021. *Demence: hodnotící techniky a nástroje*. Grada. Praha. ISBN 978-80-271-4358-0.

ŠIMANDL, Ondřej; BARTOŠ, Aleš a BELASOVÁ, Michala, 2021. A unique project of memory examination for early detection of Alzheimer's disease and cognitive disorders of various etiology in Czech pharmacies. *Praktické lékařství*. Online. roč. 16, č. 4, s. 216-220. ISSN 18012434. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/lek.2020.033>. [cit. 2025-04-24].

TOROSSIAN, Maral R, 2021. The dignity of older individuals with Alzheimer's disease and related dementias: A scoping review. *Dementia*. Online. roč. 20, č. 8, s. 2891-2915. ISSN 1471-3012. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/14713012211021722>. [citováno 2025-04-20].

Understanding Alzheimer's Disease: What You Need To Know (easy-to-read booklet). 2024. *National Institute on Aging*. Online. Dostupné z: <https://order.nia.nih.gov/publication/understanding-alzheimers-disease-what-you-need-to-know-easy-to-read-booklet> [citováno 2024-11-5].

VAN DER GEUGTEN, Wendy a GOOSSENSSEN, Anne, 2020. Dignifying and undignifying aspects of care for people with dementia: a narrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Online. roč. 34, č. 4, s. 818-838. ISSN 0283-9318. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/scs.12791>. [citováno 2025-03-24].

VAN DYCK, Christopher H.; SWANSON, Chad J.; AISEN, Paul.; BATEMAN, Randall J.; CHEN, Christopher et al., 2023. Lecanemab in Early Alzheimer's Disease. *New England Journal of Medicine*. Online. roč. 388, č. 1, s. 9-21. ISSN 0028-4793. Dostupné z: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2212948> [citováno 2025-04-03].

WALRATH, Rowan, 2024. Dementia's next test: New Alzheimer's diagnostics are coming. *Chemical and engineering news*. Online. Dostupné z: <https://cen.acs.org/analytical-chemistry/diagnostics/Dementias-next-test-New-Alzheimers/102/i11> [citováno 2025-04-09].

WEST, Tim; KIRMESS, Kristopher M.; MEYER, Matthew R.; HOLUBASCH, Mary S.; KNAPIK, Stephanie S. et al., 2021. A blood-based diagnostic test incorporating plasma A β 42/40 ratio, ApoE proteotype, and age accurately identifies brain amyloid status: findings from a multi cohort validity analysis. *Molecular Neurodegeneration*. Online. roč. 16, č. 1. ISSN 1750-1326. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13024-021-00451-6>. [citováno 2025-04-03].

What Causes Alzheimer's Disease? 2024. *National Institute on Aging*. Online. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-causes-and-risk-factors/what-causes-alzheimers-disease> [citováno 2024-11-4].

ZETTERBERG, Henrik a BLENNOW, Jak, 2021. Moving fluid biomarkers for Alzheimer's disease from research tools to routine clinical diagnostics. *Molecular Neurodegeneration*. Online. roč. 16, č. 1. ISSN 1750-1326. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13024-021-00430-x>. [citováno 2025-02-06].

ZHANG, Yuchen; LINGLER, Jennifer H; BENDER, Catherine M a SEAMAN, Jennifer B, 2024. Dignity in people with dementia: A concept analysis. *Nursing Ethics*. Online. roč. 31, č. 7, s. 1220-1232. ISSN 0969-7330. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/09697330241262469>. [cit. 2025-03-24].

ZHANG, Yuanpeng; WANG, Shuihua; XIA, Kaijian; JIANG, Yizhang a QIAN, Pengjiang, 2021. Alzheimer's disease multiclass diagnosis via multimodal neuroimaging embedding feature selection and fusion. *Information Fusion*. Online. roč. 66, s. 170-183. ISSN 15662535. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.inffus.2020.09.002>. [citováno 2025-02-11].

ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0561-8.

PŘÍLOHA P I: *Amnesia Light and Brief Assessment*, 2024. Online. In: Ministerstvo zdravotnictví. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2024/06/Metodika-ALBA.pdf>. [citováno-2025-04-10].

PŘÍLOHA P II: *Pojmenování Obrázků a jejich Vybavení*, 2017. Online. In: Ministerstvo zdravotnictví. Dostupné z: [https://mzd.gov.cz/wpcontent/uploads/wepub/14475/31583/Test%20POBAV_%C4%8Dj_\(1334606\).pdf](https://mzd.gov.cz/wpcontent/uploads/wepub/14475/31583/Test%20POBAV_%C4%8Dj_(1334606).pdf). [citováno-2025-04-10].

PŘÍLOHA P III: *Mini-Mental State Examination*. Online. In: MUDR. Org. Dostupné z: https://www.mudr.org/web/files/images/zaznamovy_formular_mmse.pdf. [citováno-2025-04-10].

PŘÍLOHA P IV: *The Patient Dignity Inventory*, 2010. Online. In: Dignity in care. Dostupné z: https://www.dignityincare.ca/wp-content/uploads/2010/05/The_Patient_Dignity_Inventory.pdf. [citováno 2025-04-10].

PŘÍLOHA P V: *Test instrumentálních všedních činností*. Online. In: HB MEDICAL. Dostupné z: <https://www.hb-medical.cz/socialni-problematika>. [citováno 2025-04-10].

PŘÍLOHA P VI: Montreal cognitive assessment, 2018. Online. In: Wikiskripta. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Montrealsk%C3%BD_kognitivn%C3%AD_test. [citováno 2025-04-10].

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Hlavní kategorie důstojnosti.....	36
---	----

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

A β	Beta amyloidní plaky
A β 42	Beta amyloid 42
ACE – R	Addenbrookský kognitivní test
ADDF	Alzheimer's Drug Discovery Foundation
ACH	Alzheimerova choroba
ALBA	Amnesia Light and Brief Assessment
APP	Amyloid prekurzorový protein
ApoE4	Apolipoprotein epsilon 4
ARIA – E	Amyloid – Related Imaging Abnormalities Edema
ARIA – H	Amyloid – Related Imaging Abnormalities Hemorrhage
ATP	Adenosine Triphosphate
CDR	Clinical Dementia Rating
CFS	Cerebrospinal Fluid
CT	Computer Tomography
ČR	Česká republika
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
DT	Dignity Therapy
FAQ	Frequently Asked Questions
FDA	Food and Drug Administration
FDG – PET	Fludeoxyglukóza pozitronová emisní tomografie
GHA	Global Healthcare Accreditation
IaADL	Instrumental Activities of Daily Living
IChE	Inhibitory cholinesteráz
IPDS	Inpatient Dignity Scale
JADS	Jacelon Attributed Dignity Scale

MCI	Mild Cognitive Impairment
MIDAM	Amsterdam Dignity Instrument
MIDAM – LTC	Amsterdam Dignity Instrument Long – term care facility
MMSE	Mini-Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MRI	Magnetic Resonance Imaging
mtDNA	Mitochondriální deoxyribonukleová kyselina
NIA – AA	National Institute on Aging and Alzheimer’s Association
PDI	Patient Dignity Inventory
PET	Pozitronová emisní tomografie
POBAV	Pojmenování Obrázků a jejich Vybavení
proNGF	Růstový faktor
p – tau 217	Fosforylovaný tau 217
RCS	Randomizované kontrolované studie
RF	Radiofarmaka
ROS	Reactive Oxygen Species
SLUMS	Saint Louis University Mental Status Examination
SMI	Severe mental illness
SPECT	Jednofotonová emisní výpočetní tomografie
TIME	This Is ME
USA	United States of America
VR	Virtuální realita
WAY	Who Are You?
WHO	World Health Organisation
14 – MRSI	Spektrální magnetická rezonance
18 F – FDG	Fludeoxyglukóza F 18

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA)

Příloha P II: Pojmenování OBrázků a jejich Vybavení (POBAV)

Příloha P III: Mini-Mental State Examination (MMSE)

Příloha P IV: The Patient Dignity Inventory (PDI)

Příloha P V: Test instrumentálních všedních činností (IADL)

Příloha P VI: Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

PŘÍLOHA P I: AMNESIA LIGHT AND BRIEF ASSESSMENT (ALBA)

Zdroj:

Velmi rychlý test ALBA - záznamový arch společný pro verzi 1 a 2

Jméno a příjmení: Ročník: Datum:
Vyšetřete sluch pomocí čísel, pokud je třeba. Soustřeďte se také na chování a slovní komentáře pacienta během testování.

1A. TEST VĚTY (VĚTEST) – OPAKOVÁNÍ A VŠTÍPENÍ

Administrace: Po instrukci zřetelně řekněte větu s jasným oddělováním slov. Poté ji zopakujte vyšetřovaná osoba. Na výzvu žádná slova neopakujte, jen žadejte, na co si vzpomenou. Správně zopakovaná slova запиšte jako „1“ nebo „✓“ do prvního řádku „OPAKOVÁNÍ“.

Instrukce: Nyní Vám řeknu jednu krátkou větu pouze jedenkrát. Snažte se ji zapamatovat. Já se na ni za chvíli znovu zeptám. Zapamatujte si a zopakujte přesně tuto větu... (Kratičká pauza). Po vyslovení věty: „Teď Vy.“

Věta ALBA 1:	Babí	léto	začíná	prvními	ranními	mraziky	Počet správných slov	
Věta ALBA 2:	Ranní	mraziky	pokračují	teplým	podzimním	počasím		
OPAKOVÁNÍ (0 či 1)							Norma: 5-6 slov	/6
VYBAVENÍ (0 či 1) bez časového limitu							Norma: 3-6 slov	/6

Místo pro zápis zkomolené věty:

Hodnocení: Pokud použije špatné slovo při opakování a stejné slovo při vybavení (např. jarními), počítejte jako chybu. Slovo uznáme jako správné, pokud je zcela shodné a současně ve správném pádu. Nelze uznat např. „začínají první ranní“, „první mraziky začínají“. Za správně zopakované nebo vybavené slovo udělte 1 bod. Maximum je 6 bodů za 6 správných slov.

2A. TEST GEST (TEGEST)

Instrukce: „Teď mi budete předvádět šest gest, jakousi pantomimu, která se bude týkat ruky nebo hlavy. Předvedte mi, jak...“

GESTA ALBA 1:	jíte lžící	se hladíte po tváři	telefonu- jete	si nasadíte brýle	příchnete ke květině	se díváte dalekohledem	Počet správných gest	
GESTA ALBA 2:	se napijete ze sklenice	se dotýkáte brady	špatně slyšíte	někoho vyhlížíte	nadýchnete příjemnou vůni	čtete noviny		
PŘEDVEDENÍ (1/0)	1.	2.	3.	4.	5.	6.	Norma: 6 gest	/6
VYBAVENÍ (0 či 1) bez časového limitu							Norma: 3-6 gest	/6

„To bylo celkem 6 gest. Nyní mi znovu 1) předvedte a 2) slovně popište všech 6 gest v jakémkoli pořadí, čili popsat a předvést.“

Jiná gesta čárkou nebo slovy zde:

Hodnocení: Za každé správně předvedené nebo vybavené gesto přidělíte 1 bod. Gesto je vybaveno, pokud je BUĎ správně znovu předvedeno NEBO správně slovy popsáno. Maximum je 6 bodů za 6 správných gest.

1B. TEST VĚTY (VĚTEST) – VYBAVENÍ

Instrukce: „Nyní mi znovu řekněte větu, kterou jsme se spolu učili na začátku.“

Administrace: Vyhodnocení запиšte do druhého řádku „VYBAVENÍ“ u VĚTESTU.

U starších osob je norma skóru ALBA pro součet výsledků z obou zkoušek: **6-12** bodů, (tedy alespoň 50 % maxima), mírná porucha je 4-5 bodů a závažná porucha 0-3 body.

Pro starší osoby s maturitou a vyšším vzděláním nebo se vzděláním 15 let a více v mládí je normální skóre **8-12** bodů, mírná porucha **5-7** bodů a závažná porucha **0-4** body.

Skóre ALBA
(součet vybavených
slov a gest)

/12

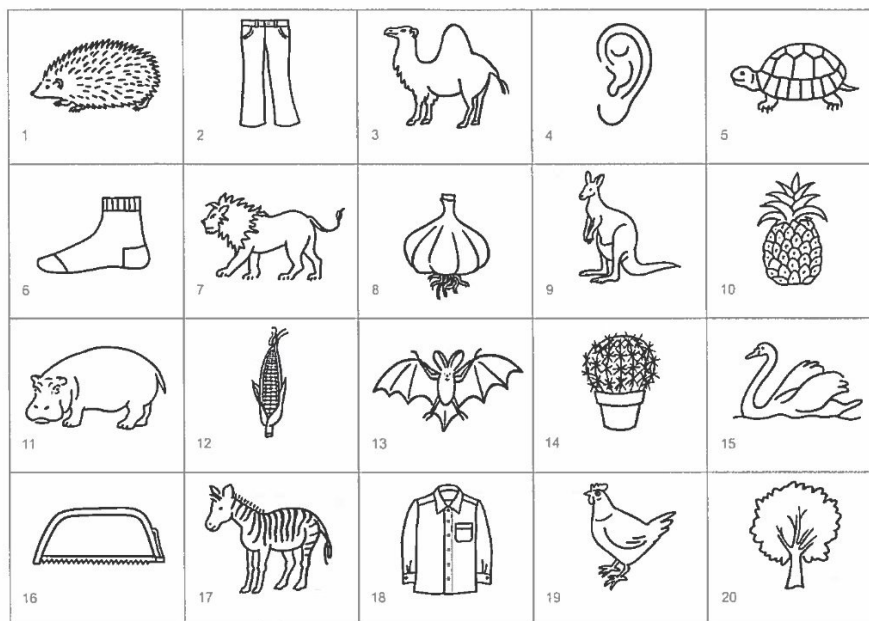


prof. Bartoš ©, dvě paralelní verze testu ALBA

PŘÍLOHA P II: POJMENOVÁNÍ OBRÁZKŮ A JEJICH VYBAVENÍ (POBAV)

Test POBAV

verze A



Zde přeložte na polovinu

Pořadí	Obrázek ↓	Číslo obr.	Pořadí	Obrázek ↓	Číslo obr.
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

Příjmení a jméno:

Dnešní datum:

Ročník:

1. Pojmenované (zapište počet obrázků):

• chybně: • vůbec:

počet CHYB v pojmenování celkem:

orientační norma ≤ 1

A) mezi chyby počítáme: špatný, zkomolený nebo nadřazený pojem (např. cibule, kabát, uch, kuřec, oblečení)

B) jako správné počítáme: také podobný název, zdvořilost nebo podřazený pojem (např. slepička, lípa)

2. Vybavené celkem:

A) ponechává se:

- pojmenovaný špatně a vybavený stejně nebo správně (např. prase – prase nebo prase – hroch)
- nepojmenovaný a přesto vybavený (např. 0 – hroch)

B) odečítá se:

- neexistující (konfabulace): -.....
- opakující se (počítá se jako jeden): -.....

počet SPRÁVNĚ vybavených obrázků (po odečtu chyb):

orientační norma ≥ 7



POKYNY K POUŽÍVÁNÍ TESTU POBAV

Písemné Pojmenování OBRÁZKŮ A jejich Vybavení

Doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.

1. část

Písemně pojmenování obrázků

Administrace: Přeložte list na polovinu podél čárkované čáry uprostřed. Nejprve přečtěte instrukci, v níž zdůrazníte dvojí úkol, že obrázky je třeba pojmenovat a zároveň si pamatovat. Teprve poté předložte pouze horní část listu s obrázky. Pojmenování obrázků není časově omezeno.

Důležité! Po doplnění názvu posledního obrázku je potřeba přehnutý list okamžitě otočit, aby si vyšetřovaný nemohl dále prohlížet obrázky.

Pokud vyšetřovaný při psaní zároveň jmenuje názvy nahlas, požádejte ho, aby přestal. Je potřeba zachovat jednotné testování u všech osob a také zabránit zvýhodnění pomocí hlasitého vštěpování. Mělo by jít o písemnou zkoušku bez používání hlasitých slov.

Pokud na konci nejsou všechny obrázky pojmenovány, můžete podat neutrální otázku: „**Máte to hotové? Je to všechno?**“

* * *

INSTRUKCE: „*Za chvíli před sebou uvidíte 20 obrázků.*“ (Obrázky přitom NEukazujte). „*Pod každý obrázek napište jeho název jedním celým slovem.*“ (pauza) „*Zároveň se snažte si každý obrázek zapamatovat. Později budete psát z paměti názvy obrázků, které jste si zapamatoval/a.*“

2. část

Vybavení obrázků za 1 minutu

Administrace: Otočte přeložený list. Vyšetřovaný vidí pouze dolní část BEZ OBRÁZKŮ. Odměňujte a ukončete zápis po 1 minutě. Podle aktuální situace je možné ukončit test dříve dohodou s vyšetřovanou osobou. „**Pokud se Vám již nedaří vzpomenout si na další obrázky, můžete skončit.**“

INSTRUKCE: „*Nyní napište do této tabulky co NEJRYCHLEJI (pauza) co NEJVÍCE (pauza) názvů obrázků v LIBOVOLNÉM pořadí. Na pořadí obrázků tedy nezáleží. Máte na to jednu minutu. Je to jasné? Můžeme začít? Ted!*“ Po 1 minutě: „**Děkuji, to stačí.**“

Vyhodnocení

Vyhodnocení 1. části: Po skončení celého testování zjistíte počet chyb v pojmenování, které jsou dvojího typu: 1) obrázky nepojmenované vůbec nebo 2) pojmenované chybně (tzv. sémantické parafráze). Tyto chyby si můžete označit zakroužkováním nebo přeškrtnutím čísla obrázku.

Správné názvy obrázků jsou: 1. jezek, 2. kalhoty, 3. velbloud, 4. ucho, 5. želva, 6. ponožka, 7. lev, 8. česnek, 9. klokan, 10. ananas, 11. hroch, 12. kukuřice, 13. netopýr, 14. kaktus, 15. labuť, 16. píla, 17. zebra, 18. košile, 19. slepice, 20. strom. Jako správně pojmenované uznáváme i názvy s gramatickými chybami (např. netopír, pyla).

Kromě správných názvů tolerujeme také výrazy: džíny, manžestráky, pantalonky, dromedár, jednohřbetný velbloud, boltec, ušní boltec, lviče, klokance, hrošík, kukuřičný klas, turkyně (kukuřice), pilka, listnatý strom, lípa, dub, buk, jasan, javor, jablko, ev. další druhy odpovídající nakreslenému stromu. Ostatní názvy jsou chybné.

Většina starších osob by měla udělat chybu v pojmenování nejvýše jednoho obrázku.

Vyhodnocení 2. části: Zjistíte počet správně vybavených slov. Pro vlastní kontrolu zapisujete ke každému názvu obrázku buď číslo obrázku nebo zkratku chyby. Jako správně vybavené uznáváme názvy i s gramatickými chybami.

Chyby jsou dvojího typu a označte je takto: 1) K – konfabulace, což je vymyšlený název nepřítomného obrázku (např. krtek), 2) OP – opakování. Od celkového počtu odečtete počet chyb, a tak dostanete počet správně vybavených názvů obrázků.

Většina starších osob by si měla vzpomenout na 7 a více správných názvů obrázků.

Bližší informace jsou v původním článku Bartoš A. Netestuj, ale POBAV: písemné záměrné Pojmenování OBRÁZKŮ A jejich Vybavení jako krátká kognitivní zkouška. *Cesk Slov Neurol N* 2016; 2016; 79/112(6), 671-679 dostupné volně na www.csnn.eu a na internetových stránkách AD Centra www.nudz.cz/adcentrum.



Doc. Bartoš ©. záznamový arch k písemnému POBAV, 2017 www.nudz.cz/adcentrum



Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví

[https://mzd.gov.cz/wpcontent/uploads/wepub/14475/31583/Test%20POBAV_%C4%8Dj_\(1334606\).pdf](https://mzd.gov.cz/wpcontent/uploads/wepub/14475/31583/Test%20POBAV_%C4%8Dj_(1334606).pdf)

PŘÍLOHA P III: MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod	3
3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.	5
4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)	3
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: - Žádná ale - Jestliže - Kdyby Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přechíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.	2 1 3 1 1 1
Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu	



Zdroj: MUDR.Org

https://www.mudr.org/web/files/images/zaznamovy_formular_mmse.pdf

PŘÍLOHA P IV: THE PATIENT DIGNITY INVENTORY (PDI)



Dignity **IN CARE**

The Patient Dignity Inventory (PDI)

For each item, please indicate how much of a problem or concern these have been for you within the last few days.

1 = NOT A PROBLEM
2 = A SLIGHT PROBLEM

3 = A PROBLEM
4 = A MAJOR PROBLEM

5 = AN OVERWHELMING PROBLEM

- | | |
|--|---|
| 1 Not being able to carry out tasks associated with daily living (e.g., washing myself, getting dressed) | 14 Feeling that life no longer has meaning or purpose |
| 2 Not being able to attend to my bodily functions independently (e.g., needing assistance with toileting-related activities) | 15 Feeling that I am not making a meaningful and/or lasting contribution in my life |
| 3 Experiencing physically distressing symptoms (e.g., pain, shortness of breath, nausea) | 16 Feeling that I have "unfinished business" (e.g., things that I have yet to say or do, or that feel incomplete) |
| 4 Feeling that how I look to others has changed significantly | 17 Concern that my spiritual life is not meaningful |
| 5 Feeling depressed | 18 Feeling that I am a burden to others |
| 6 Feeling anxious | 19 Feeling that I don't have control over my life |
| 7 Feeling uncertain about illness and treatment | 20 Feeling that my illness and care needs have reduced my privacy |
| 8 Worrying about my future | 21 Not feeling supported by my community of friends and family |
| 9 Not being able to think clearly | 22 Not feeling supported by my health care providers |
| 10 Not being able to continue with my usual routines | 23 Feeling like I am no longer able to mentally "fight" the challenges of my illness |
| 11 Feeling like I am no longer who I was | 24 Not being able to accept the way things are |
| 12 Not feeling worthwhile or valued | 25 Not being treated with respect or understanding by others |
| 13 Not being able to carry out important roles (e.g., spouse, parent) | |

Zdroj: Dignity in care

https://www.dignityincare.ca/wpcontent/uploads/2010/05/The_Patient_Dignity_Inventory.pdf

PŘÍLOHA P V: TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (IADL)

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů

2. Nákup potravin

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

3. Uvaření

samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů

4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)

samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

5. Vyprání osobního prádla

zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

6. Telefonování

samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů

7. Užívání léků

samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

8. Odesílání peněz na poštu nebo zacházení s kartou

schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů	nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života
45-75 bodů	částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života
80 bodů	v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

Zdroj: HB MEDICAL

<https://www.hb-medical.cz/socialni-problematika>

PŘÍLOHA P VI: MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (Nasreddinův test)

JMÉNO :

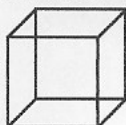
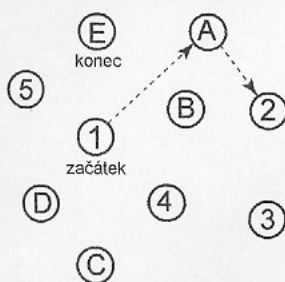
Vzdělání :

Pohlaví :

Datum narození :

DATUM :

Prostorová orientace / zručnost



Okopírujte
krychli

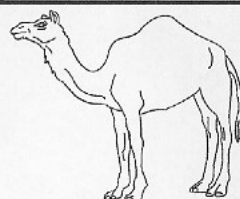
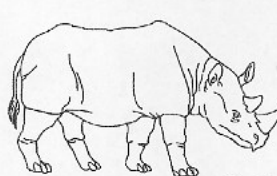
Namalujte ciferník a označte
11 hodin 10 minut (3 body)

BODY

[] kontura [] číslice [] ručičky

___/5

Pojmenování zvířete



[]

[]

[]

___/3

Paměť

Přečtete řadu slov. Testovaný
je musí opakovat. Zopakujte je
ještě jednou. Po 5 minutách
požádejte o opakování slov.

1.pokus
2.pokus

TVĚŘ

SAMET

KOSTEL

KOPRETINA

ČERVENÁ

žádný
bod

Pozornost

Přečtete řadu čísel (1 za vteřinu). Testovaný je má zopakovat, jak šla za sebou.
Testovaný je má zopakovat pozpátku.

[] 2 1 8 5 4
[] 7 4 2

___/2

Čtení řady písmen.

Testovaný musí klepnout prstem pokaždé, když uslyší A. Při 2 a více chybách nedostane žádný bod.
[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB

___/1

Množina odečtů 7 od 100.

[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65
4-5 správných odečtů = 3 body / 2-3 správné = 2 body / 1 správný = 1 bod / 0 správný = 0 bod

___/3

Řeč

Opakujte po mně: Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat. []
Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč. []

___/2

Vybavování slov:

Řekněte co nejvíce slov, která začínají písmenem K, během 1 minuty. [] (N > 11 slov)

___/1

Abstrakce

Podobnost mezi např. banán-pomeranč = ovoce. [] vlak - bicykl [] hodinky - pravítka

___/2

Pozdější vybavení slov

Vybavení slov
BEZ NÁPOVĚDY TVĚŘ SAMET KOSTEL KOPRETINA ČERVENÁ

Body se udělí pouze
BEZ NÁPOVĚDY

___/5

Nepovinně

Jedna nápověda
Více nápověd

Orientace

[] datum [] měsíc [] rok [] den [] místo [] město

___/6

© Z.Nasreddine MD

www.mocatest.org

NORMA ≥ 26 / 30

CELKEM

Přidej 1 bod všem, kteří nemají
12 leté školní vzdělání

___/30

Zdroj: Wikiskripta

https://www.wikiskripta.eu/w/Montreal%C3%BD_kognitivn%C3%AD_test