proLékaře.cz | 11.11.2026

doi: 10.48095/cccsnn2024132

Hodnocení znalostí a postojů k demenci u seniorů navštěvujících univerzitu třetího věku

Dementia knowledge and attitudes from Third-age university participants

Souhrn

Cíl: Cílem naší průřezové studie bylo zjistit, jaké mají senioři znalosti o demenci a postoje k demenci a zda se tyto postoje a znalosti liší dle vybraných faktorů. *Soubor a metodika:* Výzkumný soubor tvořilo 269 účastníků Univerzity třetího věku v Ostravě, kteří byli starší 60 let. Pro sběr dat byla použita škála znalostí o demenci (Dementia Knowledge Scale) a škála postojů k lidem s demencí a k péči o ně (The Scale of Attitudes toward People with Dementia and their Care; APDC). Statistické vyhodnocení bylo provedeno pomocí Mann-Whitneyho testu a Spearmanova korelačního koeficientu. *Výsledky:* Senioři průměrně znali pět z osmi příznaků demence a pět z deseti rizikových faktorů. Lepší znalosti o příznacích demence měli senioři se zkušeností s péčí o osobu s demencí ($p = 0{,}002$) a ženy ($p = 0{,}043$). Více znalostí o rizikových faktorech demence uvedli muži ($p = 0{,}028$). Největší neznalost rizikových faktorů byla v oblasti obezity, vysokého krevního tlaku, diabetu a kouření. Mezi znalostmi a postoji vůči demenci nebyla zjištěna žádná souvislost. *Závěr:* Zvyšování znalostí seniorů o příznacích a rizikových faktorech demence může vést k vyššímu dodržování preventivních opatření a včasnému rozpoznání nemoci. Současně je vhodné do preventivních programů zařazovat intervence formující postoje seniorů k demenci a péči o osoby s demencí.

Abstract

Aim: The aim of our cross-sectional study was to find out what knowledge seniors have about dementia and attitudes towards dementia and whether these attitudes and knowledge differ according to selected factors. *Materials and methods:* The research set consisted of 269 participants from the University of the Third Age in Ostrava who were over 60 years of age. The Dementia Knowledge Scale and The Scale of Attitudes toward People with Dementia and their Care (APDC) were used for data collection. Statistical evaluation was performed using the Mann-Whitney test and Spearman correlation coefficient. *Results:* On average, seniors knew five out of eight symptoms of dementia and five out of ten risk factors. Seniors with experience in caring for a person with dementia ($P = 0.002$) and women ($P = 0.043$) had better knowledge about the symptoms of dementia. Men reported greater knowledge about risk factors for dementia ($P = 0.028$). The greatest ignorance of risk factors was in the areas of obesity, high blood pressure, diabetes, and smoking. No association was found between knowledge and attitudes toward dementia. *Conclusions:* Increasing the knowledge of seniors about the symptoms and risk factors of dementia can lead to greater adherence to preventive measures and early recognition of the disease. At the same time, it is appropriate to include interventions shaping seniors' attitudes towards dementia and care for people with dementia in prevention programmes.

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.
The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE "uniform requirements" for biomedical papers.

R. Bužgová, R. Zeleníková, K. Bobčíková, R. Kozáková, J. Hosáková

Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, LF OU, Ostrava

✉ doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph.D.
Ústav ošetřovatelství a porodní asistence
LF OU
Syllabova 19
703 00 Ostrava – Vítkovice
e-mail: radka.buzgova@osu.cz

Přijato k recenzi: 21. 11. 2023
Přijato do tisku: 5. 3. 2024

Klíčová slova

demence – postoj – rizikový faktor – senioři – znalosti

Key words

dementia – attitude – risk factor – older people – knowledge

Úvod

Demenci lze podle Mezinárodní klasifikace nemocí charakterizovat jako „syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek, a to v takové míře, která omezuje soběstačnost a trvá minimálně 6 měsíců" [1]. Demence má mnoho příčin, z nichž nejčastější je Alzheimerova choroba [2–5]. Z důvodu výrazného celosvětového nárůstu počtu osob trpících demencí vyhlásila Světová zdravotnická organizace již v roce 2012 prevenci demence prioritou veřejného zdraví [6]. Na celém světě žije asi 50 milionů lidí s demencí a předpokládá se, že toto číslo

proLékaře.cz | 11.11.2026

se do roku 2050 zvýší v souvislosti se stárnutím populace na 152 milionů [7,8]. V ČR trpí nějakou formou demence téměř 150 tisíc lidí a jejich počet se stále zvyšuje. Dle poslední zdravotnické ročenky z roku 2021 se pouze s Alzheimerovu nemocí léčilo 91 924 pacientů. Největší podíl tvořili pacienti ve věku nad 80 let, dvě třetiny byly ženy [9]. Pravděpodobnost vzniku demence tedy výrazně stoupá s věkem, zejména u osob nad 65 let [10].

Ačkoli v současné době není možné demenci vyléčit, existují vědecké důkazy o možném snižování rizik a ochranných faktorech (např. zdravý životní styl, nekuřáctví, fyzické i mentální cvičení, kognitivní rehabilitace), které mohou riziko vzniku demence oddálit nebo mu zamezit [7,11–13]. Livingson et al. [7] ve zprávě Lancet zdůrazňují, že na prevenci demence není nikdy pozdě. Preventivní opatření musí být směřována jak do raného (lidé mladší než 45 let), tak středního (45–65 let) i pozdějšího věku (starší než 65 let). I preventivní opatření v seniorském věku mohou ovlivnit spuštění neuropatologického vývoje.

V ČR byl vytvořen Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění pro roky 2020–2030 [14], jehož cílem je podporovat osvětu, prevenci, zvyšovat dostupnost včasné diagnostiky a následné zdravotní i sociální podpory. Čtvrtý strategický cíl je zaměřen na povědomí společnosti o demenci, její prevenci, příznacích a potřebách lidí žijících s demencí i rodinných pečujících. Cíl vychází z předpokladu, že zásadním nedostatkem je nízká osvěta v obecné populaci, jakožto i nízká dostupnost vzdělávacích programů zaměřených na problematiku demence pro nezdravotnická povolání, především však pro neformální pečující. Právě senioři jsou cílovou skupinou, ve které by prevence neměla být opomíjena. Preventivní programy by měly být nastaveny tak, aby motivovaly cílovou skupinu ke změně chování v souvislosti se zdravím.

V rámci našeho výzkumu jsme vycházeli z jednoho velmi často používaného modelu ve výzkumu zdravotního chování, a to z modelu zdravotního přesvědčení/víry (The Health Belief model) [15]. Ochota jedince změnit své chování v souvislosti se zdravím je ovlivněna mírou vnímané náchylnosti k nemoci (ohrožení) a vnímané závažnosti (důsledků nemoci), hodnocením vnímaných přínosů preventivních opatření a případných bariér. Model dále předpokládá určitý spouštěč zdraví prospěšného chování, kterým může být vnitřní (např. problémy s pamětí ve stáří) i vnější stimul (např. vzdělávací akce pro seniory). Dostatečné znalosti o rizikových faktorech demence mohou vést k vyšší vnímané náchylnosti k nemoci a její závažnosti, a tím k vyšší motivaci dodržovat preventivní opatření. Mohou být také prospěšné pro detekci prvních příznaků demence a zajištění včasné diagnostiky a léčby [16]. Formování postojů k demenci může ovlivnit vytváření pozitivnějšího postoje k lidem s demencí a péčí o ně. Tím může být sníženo stigma demence a zvýšena důstojnost lidí s demencí [17]. Ze systematického přehledu autorů Cahil et al. [18] vyplývá, že v naprosté většině studií měla veřejnost nedostatečné znalosti a představy o demenci. Nejčastější mylnou představou bylo, že demence je normální součástí stárnutí.

Cílem naší průřezové studie bylo zjistit, jaké mají senioři navštěvující Univerzitu třetího věku v Ostravě znalosti o příznacích a rizikových faktorech demence a jaké mají postoje k demenci a k péči o lidi s demencí. Studie dále měla odhalit, zda se tyto postoje a znalosti liší dle pohlaví, zaměstnání, zkušenosti s péčí o osobu s demencí a zda existuje souvislost mezi mírou znalostí o demenci a postoji k demenci.

Materiál a metody

Design studie

Byla provedena observační průřezová studie.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili senioři navštěvující aktivity v rámci Centra pro podporu zdravého stárnutí Lékařské fakulty Ostravské univerzity, Univerzity třetího věku Ostravské univerzity a Univerzity třetího věku Vysoké školy báňské. Jednalo se o seniory starší 60 let, žijící v domácím prostředí. Ze souboru byly vyřazeny osoby mladší 60 let, osoby se zrakovým deficitem znemožňujícím vyplnění dotazníku a senioři se středně těžkým a těžkým kognitivním deficitem (skóre v Montrealském kognitivním testu ≤ 17 bodů). Kognitivní funkce seniorů byly hodnoceny v rámci našeho výzkumného projektu. Pro účast ve výzkumné studii byli osloveni všichni senioři účastnící se výše uvedených aktivit v období od ledna do května 2023 (n = 374). S vyplněním dotazníků souhlasilo a daná kritéria výběru splnilo celkem 269 seniorů, kteří byli zařazeni do výzkumného souboru. Návratnost dotazníků činila 72 %.

Sběr dat

Pro hodnocení **znalostí** byla použita škála znalostí o demenci (Dementia Knowledge Scale; DKS), která obsahuje 18 tvrzení s možností odpovědí pravda/lež/nevím [19]. Osm tvrzení je zaměřeno na znalosti o příznacích demence a deset tvrzení na znalosti o rizikových faktorech, které mohou zvýšit nebo snížit pravděpodobnost vzniku demence. V každé doméně (příznaky demence a rizikové faktory) je vyhodnoceno skóre zahrnující součet správných odpovědí. V doméně příznaky demence se doménové skóre pohybuje v rozpětí 0–8 bodů, v doméně rizikové faktory v rozpětí 0–10 bodů. Větší počet bodů znamená větší znalosti v dané oblasti.

Pro hodnocení **postojů** k demenci byla použita škála postojů k lidem s demencí a k péči o ně (The Scale of Attitudes toward People with Dementia and their Care; APDC) [20]. Škála APDC zahrnuje devět formulovaných postojů s možností odpovědí na 5bodové Likertově škále od 1 (silně souhlasím) do 5 (silně nesouhlasím). Tvrzení jsou sdružena do dvou domén: 1. interakce (5 položek) a 2. péče (4 položky). Celkové skóre se pohybuje v rozpětí 9–45 bodů. Skóre v doméně interakce se pohybuje v rozpětí 5–25 bodů, v doméně péče 4–20 bodů. Vyšší skóre znamená lepší postoje k demenci.

Překlad škál a kulturní adaptace byly provedeny dle doporučení Beatona et al. [21]. Obě škály byly přeloženy do českého jazyka metodou zpětného překladu. Následně byla jednotlivá tvrzení diskutována s pěti odborníky z oboru ošetřovatelství, geriatrie a psychiatrie, s cílem upravit formulace tvrzení tak, aby byla srozumitelná pro české prostředí.

U původních verzí obou škál nebyla publikována validita ani reliabilita. Wu et al. [16,22] publikovali reliabilitu čínské verze obou škál pomocí Cronbachova alpha (α), které bylo zjištěno jako vyhovující (škála DKS – doména příznaky demence α = 0,74; doména rizikové faktory α = 0,84; škála APDC α = 0,77). V rámci našeho výzkumu jsme hodnotili reliabilitu české verze obou škál také pomocí Cronbachova alpha. Vyhovující reliabilita byla zjištěna v obou doménách škály DKS (příznaky demence: α = 0,773; doména rizikové faktory: α = 0,762) i u škály APCD v české verzi (α = 0,708).

Statistická analýza

Data byla vyhodnocena ve statistickém programu SPSS (v. 29) (IBM, Armonk, NY, USA). Pro základní vyhodnocení dat byla použita deskriptivní statistika – absolutní četnost (n), relativní četnost (%), aritmetický průměr a směrodatná odchylka (SD). Normalita dat byla testována pomocí Shapiro-Wilk testu

proLékaře.cz | 11.11.2026

Tab. 1. Vyhodnocení znalostí seniorů o příznacích a rizikových faktorech demence.

Položky	Pravda n (%)	Lež n (%)	Nevím n (%)
Znalosti o příznacích			
potíže při rozpoznávání lidí	203 (75,5)	36 (13,4)	30 (11,1)
dávání věcí na špatné místo (např. boty do ledničky)	212 (78,8)	46 (17,1)	11 (4,1)
pomalejší myšlení	189 (70,3)	50 (18,6)	30 (11,1)
ztrácení pojmu o čase (např. pletení dne a noci)	191 (71,0)	49 (18,2)	29 (10,8)
pocit, že je člověk ztracen na novém místě	189 (70,3)	48 (17,8)	32 (11,9)
pocity extrémní únavy	86 (32,0)	85 (31,6)	98 (36,4)
snadná ztráta trpělivosti	120 (44,6)	71 (26,4)	78 (29,0)
pocity deprese	129 (48,0)	74 (27,5)	66 (24,5)
Znalosti o rizikových faktorech			
není možné snížit riziko vzniku demence	44 (16,4)	160 (59,5)	65 (24,1)
vysoký krevní tlak zvyšuje šanci na vznik demence	70 (26,0)	80 (32,7)	111 (41,3)
onemocnění rodiče demencí zvyšuje pravděpodobnost vzniku demence	91 (33,8)	77 (28,6)	101 (37,6)
kouření zvyšuje pravděpodobnost vzniku demence	96 (35,7)	76 (28,3)	97 (36,0)
pití alkoholu zvyšuje pravděpodobnost vzniku demence	166 (61,7)	47 (17,5)	56 (20,8)
pravidelné cvičení snižuje pravděpodobnost vzniku demence	180 (66,9)	40 (14,9)	49 (18,2)
deprese zvyšuje pravděpodobnost vzniku demence	131 (48,7)	33 (12,3)	105 (39,0)
diabetes (cukrovka) zvyšuje pravděpodobnost vzniku demence	88 (32,7)	75 (27,9)	106 (39,4)
obezita zvyšuje pravděpodobnost vzniku demence	70 (26,0)	91 (33,8)	108 (40,2)
sociální aktivita snižuje pravděpodobnost vzniku demence	230 (85,5)	15 (5,6)	24 (8,9)

n – počet

($p < 0,001$). Data neměla normální rozdělení, proto byly použity také medián (med) a interkvartilové rozpětí (IQR). Rozdíl mezi skupinami byl testován pomocí Mann-Whitneyho U testu. Souvislost mezi jednotlivými doménami byla testována pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Hladina statistické významnosti byla stanovena na 5 %.

Výsledky

Demografické složení výzkumného souboru

Z celkového počtu 269 seniorů bylo 50 mužů a 219 žen. Průměrný věk byl 70,3 let (SD = 4,4; min–max = 61–86 let). Nejvíce bylo ženatých (49,8 %), dále vdov/ců (26,4 %), rozvedených (20,8 %) a nejméně svobodných (3 %). Samo v domácnosti žilo 39,8 % dotázaných seniorů. Na plný nebo částečný úvazek pracovalo 13 % seniorů. Na dohodu o provedení práce (DPP) / dohodu o pracovní činnosti (DPČ) pracovalo 15,2 %. Nejvíce seniorů (71,7 %) již nepracovalo vůbec. Alespoň jednu osobu trpící demencí znalo 72,9 % dotázaných. Zkušenost s péčí o osobu s demencí uvedlo 37,9 % seniorů.

Hodnocení znalostí o demenci

Průměrný počet bodů ve znalostech o příznacích demence byl zjištěn 4,9 (SD = 2,8; medián = 5,0; IQR = 3,5–7,0). Průměrný počet bodů v doméně „znalosti o rizikových příznacích" byl zjištěn 4,8 (SD = 2,3; medián = 5,0; IQR = 3,0–7,0). Všech osm symptomů demence správně označilo 18,6 % seniorů. Pět a více symptomů správně uvedlo 58,4 % seniorů. Ani jeden správný symptom neuvedlo 6,7 % seniorů.

V doméně „znalosti o rizikových faktorech" uvedli pouze 4 (1,5 %) senioři správně všech deset rizikových faktorů. Pět a více rizikových faktorů uvedlo 51,7 % seniorů. Ani jeden správný rizikový faktor neuvedli pouze 2 (0,7 %) senioři. V tab. 1 jsou uvedeny výsledky jednotlivých položek. Z příznaků demence senioři nejčastěji správně uváděli položky „dávání věcí na špatné místo" (78,8 %) a „potíže při rozpoznávání lidí" (75,5 %). Naopak nejméně často uvedli příznak „pocit extrémní únavy" (32 %).

Více než polovina (59,5 %) seniorů správně uvedla, že je možné snížit riziko vzniku demence. Nejvíce seniorů správně označilo protektivní faktory vzniku demence, a to sociální aktivitu (85,5 %) a pravidelné cvičení (66,9 %). Nejméně často uvedli senioři jako rizikový faktor vysoký krevní tlak (26 %) a obezitu (26 %).

Dále jsme zjišťovali rozdíly ve znalostech o demenci dle vybraných faktorů. Více znalostí v oblasti příznaků demence prokázaly ženy ($p = 0,043$). Naopak v oblasti rizikových faktorů více znalostí měli muži ($p = 0,029$). Dále byl zjištěn statisticky významný rozdíl ve znalostech příznaků demence dle zkušeností s péčí o osobu s demencí ($p = 0,002$). Více znalostí uvedli senioři, kteří měli zkušenost s péčí o osobu s demencí (tab. 2). Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu nebyla zjištěna souvislost mezi věkem a zna-

proLékaře.cz | 11.11.2026

Tab. 2. Hodnocení rozdílů ve znalostech o příznacích a rizikových faktorech demence dle vybraných faktorů.

		Znalosti o příznacích			Znalosti o rizikových faktorech		
		med. (IQR)	průměr (SD)	p	med. (IQR)	průměr (SD)	p
má zkušenosti s péčí o osobu s demencí	ano	4 (4–7)	5,2 (2,2)	**0,002**	5 (3–7)	4,9 (2,3)	0,233
	ne	4 (2,5–6)	4,2 (2,6)		4 (3–6)	4,5 (2,2)	
zná osobu s demencí	ano	6 (4–7)	5,1 (2,4)	0,095	5 (3–7)	4,7 (2,1)	0,905
	ne	5,5 (4–7)	4,8 (2,4)		5 (3–7)	4,8 (2,4)	
pohlaví	muž	4 (3–6)	4,4 (2,3)	**0,043**	5 (5–7)	5,3 (2,2)	**0,028**
	žena	5 (7–7)	5,0 (2,4)		4 (3–6)	4,6 (2,3)	
zaměstnání	ano	5 (3–7)	4,8 (2,2)	0,925	5 (3–7)	4,6 (1,9)	0,507
	ne	5 (4–6)	4,9 (2,5)		4 (3–6)	4,8 (2,4)	
žije v domácnosti sám	ano	6 (3–7)	5,1 (2,5)	0,520	4 (3–7)	4,9 (2,5)	0,873
	ne	5 (4–6,3)	4,8 (2,3)		5 (3–6)	4,7 (2,2)	

IQR – mezikvartelové rozpětí; med. – medián; SD – směrodatná odchylka

Tab. 3. Vyhodnocení postojů seniorů k demenci.

Postoje	průměr (SD)	1 + 2 n (%)	3 n (%)	4 + 5 n (%)
Doména „interakce“				
Jakmile člověk onemocní demencí, ztrácí osobnost, kterou jste znali.	2,0 (2,0)	205 (76,2)	40 (14,8)	24 (9,0)
Pokud má člověk těžkou demenci, jeho život již nestojí za to žít.	3,1 (1,1)	70 (26,0)	88 (32,7)	111 (41,2)
To, že někomu řeknete, že trpí demencí, nemá žádný nebo jen malý prospěch.	2,7 (1,0)	122 (45,4)	96 (35,7)	51 (18,9)
Lidé, kterým byla právě diagnostikována demence, nejsou schopni rozhodovat o své vlastní péči.	3,0 (1,1)	99 (36,8)	73 (27,1)	97 (36,0)
Nemá smysl se snažit mluvit s lidmi s demencí, protože nejsou schopni to pochopit.	3,6 (1,0)	37 (13,7)	58 (21,6)	174 (64,7)
Doména „péče“				
Vše, co můžete udělat pro někoho s demencí, je udržovat ho v čistotě, zdraví a bezpečí.	2,5 (1,2)	164 (61)	38 (14,1)	67 (24,9)
Jakmile je někomu diagnostikována demence, není s ním zacházeno jako s myslící lidskou bytostí.	3,3 (1,1)	55 (20,5)	76 (28,3)	138 (51,3)
Lidé s demencí jsou jako děti a potřebují být ošetřováni, jako by byli děti.	2,5 (1,0)	151 (56,2)	65 (24,2)	53 (19,7)
Pro lidi s demencí i jejich rodiny je lepší, když je o ně pečováno v sociálním zařízení.	3,1 (0,9)	68 (25,3)	117 (43,5)	84 (31,2)

1 – silně souhlasím; 2 – souhlasím; 3 – ani souhlasím ani nesouhlasím; 4 – nesouhlasím; 5 – silně nesouhlasím
n – počet; SD – směrodatná odchylka

lostmi o příznacích demence ani rizikových faktorech.

Hodnocení postojů k demenci

Celkové průměrné skóre postojů k demenci dle APDC bylo zjištěno 25,9 (SD = 2,9; min–max = 14–40; med. = 26; IQR = 23–29). V doméně „interakce“ bylo zjištěno průměrné skóre 14,4 (SD = 4,6; min–max = 7–23; med. = 15; IQR = 13–16) a v doméně „péče“ 11,5 (SD = 2,6; min–max = 5–19; med. = 11; IQR = 10–13). Senioři nejčastěji nesouhlasili s výrokem „Nemá smysl se snažit mluvit s lidmi s demencí, protože nejsou schopni to pochopit.“ (64,7 %). Naopak nejčastěji souhlasili s výroky „Jakmile člověk onemocní demencí, ztrácí osobnost, kterou jste znali.“ (76,2 %) a „Vše, co můžete udělat pro někoho s demencí, je udržovat ho v čistotě, zdraví a bezpečí.“ (61 %). Vyhodnocení jednotlivých položek je uvedeno v tab. 3.

Lepší postoje k demenci uvedli senioři, kteří neměli zkušenost s péči o osobu s demencí, a senioři, kteří neznali žádnou osobu s demencí. Rozdíly však nebyly statisticky významné. Statisticky významné rozdíly nebyly zjištěny ani dle pohlaví, zaměstnání nebo rodinného stavu (tab. 4). Dále nebyla zjištěna souvislost mezi věkem a postoji k demenci.

Souvislost mezi znalostmi a postoji k demenci

Souvislost mezi znalostmi a postoji seniorů k demenci byla zjišťována pomocí Spermanova korelačního koeficientu. Nebyla zjištěna souvislost mezi znalostmi o demenci v oblasti příznaků a rizikových faktorů a postoji k demenci. Byla zjištěna souvislost mezi postoji v doméně „interakce“ a v doméně

proLékaře.cz | 11.11.2026

Tab. 4. Hodnocení rozdílů v postojích seniorů k demenci dle vybraných faktorů.

		Celkové skóre APDC			Doména „interakce“			Doména „péče“		
		medián (IQR)	průměr (SD)	p	medián (IQR)	průměr (SD)	p	medián (IQR)	průměr (SD)	p
má zkušenosti s péčí o osobu s demencí	ano	25 (22–30)	25,6 (5,4)	0,247	14 (12–16)	14,2 (3,3)	0,122	11 (9–13)	11,5 (2,8)	0,466
	ne	26 (23–29)	26,0 (4,0)		15 (13–16)	14,6 (2,6)		11 (10–13)	11,4 (2,4)	
zná osobu s demencí	ano	25 (23–29)	25,8 (4,8)	0,34	14,5 (13–16)	14,4 (3,0)	0,444	11 (9,3–13)	11,4 (2,7)	0,281
	ne	26 (24–28,5)	26,1 (3,9)		15 (12–16)	14,5 (2,6)		12 (10–12,5)	11,6 (2,2)	
pohlaví	muž	25,5 (23–29)	25,7 (4,4)	0,372	15 (13–16)	14,5 (2,9)	0,434	11 (9–13)	11,2 (2,7)	0,22
	žena	26 (23–29)	25,9 (4,6)		14 (13–16)	14,4 (2,9)		11 (10–13)	11,5 (2,5)	
zaměstnání	ano	26 (24–30)	26,1 (4,5)	0,338	15 (13–16)	14,5 (2,9)	0,395	11 (10–13)	11,6 (2,6)	0,327
	ne	25 (23–29)	25,8 (4,6)		14 (12,5–16)	14,4 (2,9)		11 (10–13)	11,4 (2,5)	
žije v domácnosti sám	ano	25 (23–29)	25,8 (4,8)	0,514	14 (12–16)	14,1 (3,0)	0,089	12 (10–13)	11,7 (2,7)	0,389
	ne	26 (23–29)	25,9 (4,4)		15 (13–16)	14,6 (2,8)		11 (10–12,3)	11,3 (2,5)	

APDC – The Scale of Attitudes toward People with Dementia and their Care; IQR – mezikvartilové rozpětí; SD – směrodatná odchylka

Tab. 5. Souvislost mezi znalostmi a postoji seniorů k demenci (r).

		Postoje – škála APDC			Znalosti – škála DKS	
		interakce	péče	celkové skóre	příznaky	rizikové faktory
Postoje – škála APDC	interakce	1				
	péče	0,398*	1			
	celkové skóre	0,844*	0,806*	1		
Znalosti – škála DKS	příznaky	–0,001	0,009	0,011	1	
	rizikové faktory	–0,049	0,024	–0,005	0,357*	1

*p < 0,001

APDC – The Scale of Attitudes toward People with Dementia and their Care; DKS – Dementia Knowledge Scale; r – Spearmanův korelační koeficient

„péče“ (r = 0,398; p < 0,001) a také mezi znalostmi o příznacích demence a znalostmi o rizikových faktorech (r = 0,357; p < 0,001) (tab. 5).

Diskuze

Přestože v současné době existují vědecké důkazy o potenciálně ovlivnitelných rizikových faktorech demence [7,23–26], v mnoha zemích není zřejmé, do jaké míry jsou tyto rizikové faktory známé mezi běžnou populací [27].

V rámci Národní akčního plánu pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění pro roky 2020–2030 [14] odborníci upozorňují na to, že v české společnosti dnes převládá velmi malá znalost problematiky demencí. Znalosti mají pouze lidé, kteří se s projevy demence setkali ve svém rodinném kruhu; zbytek společnosti nemoc vnímá často zkresleně, a to jako neškodnou roztržitost, kdy staří lidé zapomínají. Tato neznalost může vést k podcenění prvních příznaků nemoci, kdy by již pacient mohl být diagnostikován a mohla být zahájena jeho léčba. V našem výzkumu byl potvrzen fakt, že více znalostí o příznacích demence měli senioři, kteří měli zkušenost s péčí o osobu s demencí. Nebylo však prokázáno, že mají také znalosti o rizikových faktorech. Podobně v irské studii [28] byly mezi dospělou irskou populaci zjištěny relativně dobré znalosti o demenci, ale omezené znalosti o specifických rizikových faktorech. Naopak v nizozemské studii byly prokázány jak nedostatečné znalosti o demenci, tak o rizikových faktorech demence [29].

Znalost ovlivnitelných rizikových faktorů pro vznik kognitivní dysfunkce je důležitou součástí prevence. Livingston et al. [7] publikovali celkem 12 ovlivnitelných rizikových faktorů, jejichž kontrolou by se teoreticky dalo předejít nebo zpomalit přibližně 40 % z celosvětového množství demencí. Prvních devět faktorů bylo publikovaných již v roce 2017 a jsou to: nižší vzdělání, hypertenze, sluchové postižení, kouření, obezita, deprese, fyzická nečinnost, cukrovka a nízký sociální kontakt. Nyní autoři přidávají další tři rizikové faktory pro demenci s novějšími, přesvědčivými důkazy. Těmito faktory jsou nadměrná konzumace alkoholu, traumatické poranění mozku a znečištění ovzduší. Silva et al. [11] uvádějí další rizikový faktor, a to nižší než ideální hmotnost (index tělesné hmotnosti [BMI] < 20 kg/m^2). Ke ztrátě hmotnosti v pokročilejším věku dochází souběžně s dalšími komorbiditami a často ukazuje na špatný

proLékaře.cz | 11.11.2026

zdravotní stav a může dokonce předcházet nástup demence během 10 let.

V rámci našeho výzkumu jsme zjišťovali znalost devíti ovlivnitelných rizikových faktorů a jednou otázkou možnost ovlivnění vzniku demence. Téměř 60 % seniorů v našem výzkumu se domnívá, že riziko demence lze snížit. Zulke et al. [27] se v německé studii dostali k vyšší hodnotě, a to 68 %. Ve Velké Británii bylo zjištěno 67 % [19]. Ve studii na Islandu [30] až 90 % dospělých účastníků rozeznalo 8 z 11 příznaků demence, ale pouze 50 % účastníků výzkumu bylo přesvědčeno, že riziko rozvoje demence lze ovlivnit.

Senioři v naší, německé [27] i britské [19] studii shodně uvedli jako ochranné faktory fyzickou aktivitu a jako rizikový faktor sociální izolaci. Nedostatečné znalosti měli o kardiovaskulárních rizikových faktorech, jako jsou vysoký krevní tlak nebo obezita, diabetes a kouření. Zatímco kontrola systolického krevního tlaku je pro oddálení nebo předejití demence vhodná zejména ve středním věku (hodnota 130 mm Hg nebo nižší) [29], přestat kouřit nebo být aktivní může pro zmírnění rizika demence pomoci také v pozdějším věku [7].

V rámci preventivních programů pro seniory se doporučení orientují na kognitivní, fyzickou i sociální aktivitu [25,26,31–34], i přesto, že existuje jen málo vědeckých důkazů pro konkrétní specifickou aktivitu chránící před demencí. Pravidelné cvičení a aktivita chrání před demencí pravděpodobně prostřednictvím snižování obezity, diabetu, kardiovaskulárního rizika nebo deprese [7]. Znalost deprese jako rizikového faktoru demence uvedla v našem výzkumu téměř polovina dotázaných seniorů. V britské studii se jednalo pouze o třetinu dotázaných [19].

V našem výzkumu měli hlubší znalosti o příznacích demence ženy a senioři, kteří měli zkušenost s péčí o člověka s demencí. Větší znalosti o rizikových faktorech byly prokázány u mužů. Ostatní faktory jako věk, rodinný stav nebo zaměstnání neměly na znalosti seniorů vliv. Podobně byly v předchozích studiích zjištěny větší znalosti o příznacích demence u žen [19,30] a o rizikových faktorech u mužů [20,27]. Zulke et al. [27] zjistili, že ženy mají vyšší důvěru k prevenci než muži. Dále prokázali rozdíl ve znalosti o rizikových faktorech dle vzdělání. Senioři s vyšším vzděláním znali častěji rizikové faktory spojené s individuálním chováním (výživa, kouření, pohybová aktivita), lidé s nižším vzděláním vnější faktory (znečištěné ovzduší). Také dřívější studie prokázaly, že lidé s nižším vzděláním častěji berou v úvahu vnější rizikové faktory vzniku onemocnění [35]. Souvislost mezi nižším vzděláním a menšími znalostmi o demenci byla prokázána také v dalších výzkumech [16,20,28–30], stejně jako rozdíly ve znalostech o demenci a zkušeností s péčí o osobu s demencí [20].

V našem výzkumu jsme nezjistili žádné rozdíly v postojích k demenci dle věku, pohlaví, rodinného stavu, zaměstnání nebo zkušeností s péči o osobu s demencí. Pozitivnější postoj k péči o lidi s demencí byl v předchozích studií zjištěn u mladších lidí [16,19] a seniorů, kteří mají zkušenost s péči o osobu s demencí [19]. McParland et al. [20] uvedli, že ženy se častěji domnívaly, že po onemocnění demencí lidé ztrácejí svoji osobnost. Naopak muži častěji uvedli, že vše, co můžete udělat pro někoho s demencí, je udržovat ho v čistotě, zdraví a bezpečí. Dále lidé žijící sami bez partnera uváděli horší postoje k lidem s demencí než ti, kteří žili s partnerem [20].

Limity studie a doporučení pro budoucí výzkum

Za limit naší studie lze považovat výběr výzkumného souboru. Nebyl proveden náhodný výběr z populace seniorů, ale cílovou skupinou našeho výzkumu byli senioři navštěvující Univerzitu třetího věku v Ostravě. Výsledky tedy nelze zobecnit na celou populaci seniorů. Dá se předpokládat, že senioři neúčastnící se vzdělávacích aktivit mohou mít znalosti o demenci nižší. Pro další výzkum doporučujeme zaměřit se také na seniory, kteří se neúčastní vzdělávacích aktivit pro seniory, např. prostřednictvím praktických lékařů, a na dospělou populaci. Provedení náhodného výběru v seniorské populaci může být problematické. Dále doporučujeme zahrnout sledování dalších faktorů, které by mohly se znalostmi a postoji vůči demenci souviset, jako jsou např. vzdělání, typ zaměstnání, úroveň zdravotní gramotnosti, fyzický a psychický stav nebo ochota měnit své chování v souvislosti se zdravím. Další výzkum může být dále směřován na zjištění efektivity vzdělávacích a preventivních programů na zvýšení znalostí o demenci a zlepšení postojů k demenci.

Závěr

V rámci našeho výzkumu byla zjištěna nedostatečná znalost seniorů o příznacích i rizikových faktorech demence. Zvýšení znalostí seniorů o příznacích demence vč. zvýšení znalostí rizikových i protektivních faktorů demence může přispět ke zlepšení povědomí o varovných příznacích nemoci a následně ke včasnější diagnostice. Včasná diagnostika a včasně zahájená léčba mohou vést k větší pravděpodobnosti zachování soběstačnosti seniora a snížení společenské zátěže [36].

Pro zlepšení povědomí seniorů o demenci doporučujeme v rámci Univerzit třetího věku zařadit téma demence, a to jak z pohledu příznaků pro včasnou diagnostiku, tak z pohledu rizikových a protektivních faktorů pro prevenci demence. Dále doporučujeme motivovat seniory k účasti na podobných vzdělávacích aktivitách. Vzhledem k tomu, že v našem výzkumu nebyla zjištěna souvislost mezi znalostmi o demenci a postoji k demenci, doporučujeme mezi preventivní strategie zařadit také psychosociální aktivity zaměřené na postoje k demenci. Dále v rámci Centra pro podporu zdravého stárnutí doporučujeme vytvářet edukační programy a aktivity také pro seniory, kteří se vzdělávacích aktivit Univerzity třetího věku neúčastní, a nabízet seniorům intervence zaměřené na modifikovatelné rizikové faktory při řešení očekávaného nárůstu počtu jedinců postižených demencí.

Etické aspekty

Studie byla provedena ve shodě s Helsinskou deklarací z roku 1975 (a jejími revizemi z let 2004 a 2008). Studie byla schválena lokální etickou komisí Lékařské fakulty Ostravské univerzity (datum schválení: 16. 6. 2020, č. 14/2020). Vyplnění dotazníku bylo anonymní. V úvodu dotazníku byli účastníci studie informováni o tom, že vyplněním dotazníku a jeho odevzdáním souhlasí s anonymním zpracováním dat.

Grantová podpora

Práce vznikla s finanční podporou grantu AZV MZ ČR NU21-09-00067. Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena.

Konflikt zájmu

Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem práce nemají žádný konflikt zájmů.

Literatura

1. ÚZIS. Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10. [online]. Dostupné z: www.uzis.cz/cz/mkn/index.html.
2. Arvanitakis Z, Shah RC, Bennett DA. Diagnosis and management of dementia: review. JAMA 2019; 322(16): 1589–1599. doi: 10.1001/jama.2019.4782.
3. Fymat AL. Dementia: a review. J Clin Psychiatr Neurosci 2018; 1(3): 27–34.
4. Uleman JF, Melis RJF, Ntanasi E et al. Simulating the multicausality of Alzheimer's disease with system dynamics. Alzheimers Dement 2023; 19(6): 2633–2654. doi: 10.1002/alz.12923.
5. van der Flier WM, Scheltens P. Epidemiology and risk factors of dementia. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005; 76(Suppl 5): v2–v7. doi: 10.1136/jnnp.2005.082867.
6. WHO. Dementia: a public health priority. [online]. Dostupné z: https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority.

proLékaře.cz | 11.11.2026

7. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet 2020; 396(10248): 413–446. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.
8. GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Public Health 2022; 7(2): e105–e125. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00249-8.
9. ÚZIS. Zdravotnická ročenka České republiky 2021. [online]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/res/f/008435/zdrroccz2021.pdf.
10. GOV: Department of Health & Social Care. 2010 to 2015 government policy: dementia. [online]. Dostupné z: https://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-dementia/2010-to-2015-government-policy-dementia.
11. Silva MVF, Loures CdMG, Alves LCV et al. Alzheimer's disease: risk factors and potentially protective measures. J Biomed Sci 2019; 26(1): 33. doi: 10.1186/s12929-019-0524-y.
12. Suemoto CK, Nitrini R, Grinberg LT et al. Risk and protective factors for dementia: epidemiological evidence and windows of opportunity. Alzheimer's Dement 2022; 18(S8): e062906. doi: 10.1002/alz.062906.
13. Zeleníková R, Bužgová R, Kozáková R et al. Efekt počítačového kognitivního tréninku na zlepšení kognitivních funkcí u seniorů bez kognitivní poruchy. Cesk Slov Neurol N 2022; 85/118(2): 147–154. doi: 10.48095/cccsnn2022147.
14. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc 2020–2030. [online]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-2020-2030/.
15. Skinner CS, Tiro J, Champion V. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath KV (eds). Health behavior: theory, research, and practice. Jossey-Bass/Wiley 2015: 75–94.
16. Wu J, Leong S, Che S et al. Comparisons of dementia knowledge and attitudes among the youth and older adults: insights from the construal level theory perspective. Int J Envir Res Publ Heal 2022; 19(4): 1928. doi: 10.3390/ijerph19041928.
17. WHO. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. [online]. Dostupné z: https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025.
18. Cahill S, Pierce M, Werner P et al. A systematic review of the public's knowledge and understanding of Alzheimer's disease and dementia. Alzheimer Dis Assoc Disord 2015; 29(3): 255–275. doi: 10.1097/WAD.0000000000000102.
19. Marcinkiewicz A, Reid S. Attitudes to dementia findings from the 2015 British Social Attitudes Survey. NatCen Social Research: London 2016.
20. McParland P, Devine P, Innes A et al. Dementia knowledge and attitudes of the general public in Northern Ireland: an analysis of national survey data. Int Psychogeriatr 2012; 24(10): 1600–1613. doi: 10.1017/S1041610212000658.
21. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measure. Spine 2000; 25(24): 3186–3191. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014.
22. Wu J, Xie SL, Zhuang YZ et al. Reliability and validity of the Chinese version of the dementia attitude scale. Nurs J Chin People's Lib Army 2020; 37: 30–33. doi: 10.3969/j.issn.1008-9993.2020.11.008.
23. Fillit H, Nash DT, Rundek T et al. Cardiovascular risk factors and dementia. Am J Geriatr Pharmacother 2008; 6(2): 100–118. doi: 10.1016/j.amjopharm.2008.06.004.
24. Saeed A, Lopez O, Cohen A et al. Cardiovascular disease and Alzheimer's disease: the heart-brain axis. J Am Heart Assoc 2023; 12(21): e030780. doi: 10.1161/JAHA.123.030780.
25. Walsh S, Wallace L, Mukadam N et al. What is a population-level approach to prevention, and how could we apply it to dementia risk reduction? Public Health 2023; 225: 22–27. doi: 10.1016/j.puhe.2023.09.019.
26. Walsh S, Govia I, Wallace L et al. A whole-population approach is required for dementia risk reduction. Lancet Heal Long 2022; 3(1): e6–e8. doi: 10.1016/S2666-7568(21)00301-9.
27. Zülke AE, Luppa M, Köhler S et al. Knowledge of risk and protective factors for dementia in older German adults A population-based survey on risk and protective factors for dementia and internet-based brain health interventions. PLoS One 2022; 17(11): e0277037. doi: 10.1371/journal.pone.0277037.
28. Rosato M, Leavey G, Cooper J et al. Factors associated with public knowledge of and attitudes to dementia: a cross-sectional study. PLoS One 2019; 14(2): e0210543. doi: 10.1371/journal.pone.0210543.
29. Vrijsen J, Matulessij TF, Joxhorst T et al. Knowledge, health beliefs and attitudes towards dementia and dementia risk reduction among the Dutch general population: a cross-sectional study. BMC Publ Health 2021; 21(1): 857. doi: 10.1186/s12889-021-10913-7.
30. Jónsdóttir MK, Pálsdóttir EB, Hannesdóttir SÝ et al. Lay knowledge about dementia in Iceland: symptoms and risk and protective factors. Gerontol Geriatr Med 2022; 8: 23337214221142937. doi: 10.1177/23337214221142937.
31. Wohlfart P. Porucha kognitivních funkcí a hrozba pandemie demence aneb cesta hypertoniků k nesoběstačnosti. Vnitr Lek 2022; 68(8): 532–536. doi: 10.36290/vnl.2022.112.
32. Lin Z, Yin X, Levy BR et al. Children's residential proximity, spousal presence and modifiable risk factors for dementia among older adults with cognitive impairment. medRxiv 2023; 2023.10.24.23297470. doi: 10.1101/2023.10.24.23297470.
33. Lloyd-Hazlegreaves P, Hayes L, Pearce MS. Associations between physical inactivity and dementia prevalence: ecological study using global data. Public Health 2023; 225: 299–304. doi: 10.1016/j.puhe.2023.10.011.
34. Průšová E, Školoudík D, Langová K et al. Efekt psychoedukačního programu u pacientů s CMP v postakutní péči. Cesk Slov Neurol N 2023; 86/119(6): 383–390. doi: 10.48095/cccsnn2023383.
35. Bell RA, Quandt SA, Arcury TA et al. Health locus of control among rural older adults. Gerontol Geriatr Educ 2002; 22(4): 69–89. doi: 10.1300/J021v22n04_06.
36. Kleinová L, Cerman J, Hlávka J et al. Nové farmakologické možnosti v léčbě Alzheimerovy nemoci. Cesk Slov Neurol N 2022; 85/118(6): 462–469. doi: 10.48095/cccsnn2022462.