



# STÁRNUTÍ 2023

6. gerontologická mezioborová  
konference

Praha, 2. – 3. února 2023

## PROGRAM SBORNÍK ABSTRAKT

Konference je realizována s podporou

[2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy](#) a Fakultní nemocnice Motol,  
[Pražské vysoké školy psychosociálních studií, s.r.o.](#)  
[Alzheimer nadačního fondu,](#)  
a Neurotrendu, z.s.

## OBSAH

ÚVODNÍ SLOVO .....	3
VĚDECKÝ VÝBOR .....	4
MÍSTO KONÁNÍ KONFERENCE .....	4
REGISTRACE .....	4
PREZENCE ÚČASTNÍKŮ .....	4
ÚSTNÍ SDĚLENÍ.....	5
POSTERY .....	5
RUKOPISY PRO RECENZOVANÝ SBORNÍK .....	5
HLASOVÁNÍ A VYHLÁŠENÍ VÍTĚZŮ CENY ANF .....	5
PROGRAM KONFERENCE STÁRNUTÍ 2023.....	6
AUTORSKÝ REJSTRÍK – prezentující autoři .....	43

## ÚVODNÍ SLOVO

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Gerontologická mezioborová konference Stárnutí je pořádána již po šesté, tentokrát s podporou 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, Pražské vysoké školy psychosociálních studií, Alzheimer nadačního fondu a zapsaného spolku Neurotrend. Po covidovém distančním ročníku v 2021 se opět vracíme k prezenční formě, ale s možností účasti online především pro pasivní účastníky.

Tradičním cílem této konference je nabídnout široký přehled o činnosti českých i slovenských vědců i odborníků z praxe v problematice stárnutí, navázání kontaktů a spolupráce, a tedy možnost budování mezioborových týmů. **Inspiraci a kontakty**, doufáme, Stárnutí vždy nabízí hojně.

V tomto ročníku je přihlášeno 28 příspěvků, z nichž 23 bude prezentováno formou ústního sdělení a pět formou posteru. Kromě nich zazní pět zvaných přednášek, které přednesou prof. MUDr. Jakub Hort, Ph.D., RNDr. Iveta Vojtěchová, Ph.D. spolu s RNDr. Tomášem Petráskem, Ph.D., PhDr. Klára Daňová, Ph.D. a Mgr. Marek Háša a letos poprvé i zahraniční host Dr. Maria Teresa Ferretti (s konsekutivním tlumočením MUDr. Julie Martínkové Novákové).

Na závěr budou vyhlášeni vítězové **soutěže [Alzheimer nadačního fondu](#)**. Alzheimer nadační fond se letos kromě soutěže významně podílí na celkové realizaci konference nejen finančně, ale i aktivní podporou svých pracovníků.

Po skončení konference bude zahájeno recenzní řízení rukopisů - článků dodaných k prezentovaným příspěvkům. Rukopisy, které úspěšně projdou recenzním řízením, budou publikovány v elektronickém konferenčním sborníku. Po vydání sborníku v průběhu léta 2023 bude zažádáno u agentury Clarivate o jeho indexaci na Web of Science, jež se u prvních čtyř sborníků Stárnutí zdařila. Indexace sborníku 5. ročníku dosud nebyla dle vyjádření agentury Clarivate dokončena.

PhDr. Hana Georgi, Ph.D. a Mgr. Šárka Kovandová  
za vědecký výbor

[www.konferencestarnuti.cz](http://www.konferencestarnuti.cz)

## VĚDECKÝ VÝBOR

**PhDr. Hana Georgi, Ph.D.**

**předsedkyně**

**prof. MUDr. Jakub Hort, Ph.D.**

**čestný předseda**

PhDr. Klára Dařová, Ph.D.

PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.

Mgr. Hana Horáková, Ph.D.

Mgr. Marta Kolaříková, Ph.D.

Mgr. Šárka Kovandová

Mgr. Lucie Vidovičová, Ph.D.

RNDr. Monika Vrajová, Ph.D.

## ORGANIZAČNÍ VÝBOR

PhDr. Hana Georgi, Ph.D.

PhDr. Jindřiška Kotrlová

Mgr. Šárka Kovandová

Ing. Marta Vaňková

e-mail: [konferencestarnuti@gmail.com](mailto:konferencestarnuti@gmail.com)

## MÍSTO KONÁNÍ KONFERENCE

Pravá malá posluchárna 2.LF UK, [Fakultní nemocnice Motol, V Úvalu 84, Praha 5.](#)

Online prostřednictvím aplikace ZOOM

## REGISTRACE

Registrovat se k pasivní účasti online je možné prostřednictvím [formuláře](#) až do 2. 2. 2023 včetně.

Registrační poplatek: 100 Kč pasivní účastníci distanční formou (online).

Registrační poplatek zahrnuje:

- přístup na odborný program na určené online platformě;
- možnost hlasovat v rámci soutěže Alzheimer nadačního fondu;
- konferenční materiály v elektronické formě (program a sborník abstrakt);
- elektronický recenzovaný sborník příspěvků (bude vydán po konferenci);
- potvrzení o účasti (pdf).

## PREZENCE ÚČASTNÍKŮ

Přístup do prostor konference bude průběžně umožněn všem registrovaným účastníkům.

Čtvrtek 2. 2. 2023 9:00 – 18:00

Pátek 3. 2. 2023 8:45 – 17:00

**Přihlašovací údaje budou rozeslány všem registrovaným účastníkům** s distanční účastí na e-mail uvedený v registračním formuláři.

## ÚSTNÍ SDĚLENÍ

Žádáme přednášející, aby **zaslali e-mailem svou prezentaci nejpozději den předem** (tj. 2. nebo 3.2.2023).

**Prosíme o dodržování stanovených časů v programu.** Běžná ústní sdělení mají vyhrazený maximální čas 15 + 5 min na diskuzi, celkem tedy **max 20 min**. Viz program níže.

## POSTERY

Prosíme autory, aby byli v době posterové sekce u svých posterů k dispozici pro diskuzi s účastníky. Na konferenci budou vystavené pouze postery s minimálně jedním autorem přítomným na konferenci.

## RUKOPISY PRO RECENZOVANÝ SBORNÍK

Detailní pokyny i šablonu pro rukopis autoři naleznou na konferenčním webu <http://konferencestarnuti.cz/pages/sbornik.htm>

Rukopis musí mít název, abstrakt a klíčová slova v češtině (slovenštině) i v angličtině. Plný text pak může být napsán v češtině/slovenštině anebo v angličtině dle uvážení autorů. Součástí textu může být dedikace – grantová podpora (acknowledgment/funding).

Citační norma: APA 7th.

Odevzdání: elektronicky (Word) **do 3. 2. 2023**.

V recenzovaném sborníku (elektronický, volně dostupný) budou publikovány pouze rukopisy náležející k skutečně prezentovaným příspěvkům, které úspěšně projdou recenzním řízením, a které nejsou publikovány jinde.

## SOUTĚŽ

**Alzheimer nadační fond** vyhlašuje soutěž o tři nejlepší originální příspěvky prezentované v rámci konference Stárnutí 2023.

Dvě ceny po 5 000 Kč budou uděleny hlasováním účastníků o nejlepší přednesený příspěvek za každý den konference. Nejlepší poster bude odměněn částkou 3 000 Kč. Hlasování proběhne online po posledním prezentovaném příspěvku v každém z obou dní konference.

Vítězové rovněž obdrží publikaci věnovanou a vydanou nakladatelstvím [Pasparta Publishing, s.r.o.](#)

## HLASOVÁNÍ A VYHLÁŠENÍ VÍTĚZŮ CENY ANF

Odkazy na hlasování obdrží účastníci během konání konference.

**Cenu obdrží pouze vítězové přítomní** při vyhlášení cen na závěr konference. V případě nepřítomnosti při vyhlášení dostává cenu další v pořadí, pokud je přítomen.

## PROGRAM KONFERENCE STÁRNUTÍ 2023

Čtvrtek, 2. 2. 2023		(ZOOM otevřen od 9:25 do 18 hod)	
9:30	Zahájení konference		
9:35-10:15	<b>Iveta Vojtěchová, Tomáš Petrásek</b>	<b>Je amyloid passé? aneb amyloidní hypotéza Alzheimerovy nemoci ve stínu podvodů</b>	
10:15-11:00	<b>Jakub Hort</b>	<b>Léčba Alzheimerovy nemoci - kde jsme a kam směřujeme</b>	
11:00-11:20	PŘESTÁVKA		
11:20-12:50	Martin Vyhnálek	Kognice ve stáří: Jak poznat, že stárneme normálně a jak stárnout úspěšně	
	Terezie Zuntychová, Martin Vyhnálek, Jakub Hort, Hana Horáková	Vybrané psychometrické charakteristiky dotazníku subjektivních změn kognitivní výkonnosti u starších osob v riziku rozvoje syndromu demence	
	Hana Horáková, Adéla Fendrych Mazancová, Svatava Krejčová, Veronika Matušková, Tomáš Nikolai, Jakub Hort, Martin Vyhnálek	Indexy paměťové vazby a jejich specifita vůči Alzheimerově nemoci u pacientů s amnestickou mírnou kognitivní poruchou: Pilotní výsledky	
	Tomáš Nikolai, Martin Čihák, Ondřej Bezdíček	Adaptace české verze neuropsychologické baterie Uniform Data Set 3.0: Pilotní data.	
12:50-13:30	Oběd		
13:30-14:00	POSTEROVÁ SEKCE	Zdeňka Braumová, Pavel Kliment	Význam knihy v seniorském věku
		Simona Krakovská, Petra Brandoburová	Subjektívny kognitívny pokles v kontexte afektívnych a osobnostných faktorov
		Petra Brandoburová, Daniela Turoňová, Simona Krakovská, Viktória Kevická	Automatizovaná analýza popisu obrázku u pacientov s MCI
		Lucie Vidovičová, Alexandra Snohová	ADHD v seniorskom veku: Povaha, špecifiká, dopady
14:00-14:40	Petr Novák, Matěj Štula		Univerzální platforma zejména pro kognitivní testy a cvičení
	Jan Pavlík, Tomáš Přáda		Terrapino – nová aplikace v oblasti prevence a výzkumu Alzheimerovy nemoci
14:40-15:00	Přestávka		
15:00-16:30	Kateřina Ivanová, Lubica Juríčková, Adam Doležal <i>(online)</i>		„Hlavně nelhat“ aneb pacient se začínající demencí Alzheimerova typu v ordinaci lékaře (a jak to učíme)
	Dagmar Obšilová, Milena Bretšnajdrová, Kateřina Ivanová		Vulnerabilní vztahy mezi poruchami afektivity, kognice a diabetem mellitem 2. Typu: Výsledky mapping review
	Veronika Maslíková, Hana Janečková		Společnost vstřícná k demenci v České republice
	Božena Jurašková		Kvalita života seniora: Otázka pro geriatra
16:30-16:40	Přestávka		
16:40-17:40	<b>Maria Teresa Ferretti</b>	<b>ROZDÍLY MEZI POHLAVÍMI U ALZHEIMERA - BRÁNA K PŘESNÉ MEDICÍNĚ</b> <i>(tlumočení: MUDr. Julie Martínková Nováková)</i>	
17:45-18:00	Vyhlášení vítězů soutěže Alzheimer nadačního fondu za 1. den a za poster		

9:00-9:40	<b>Klára Daďová</b>	<b>Pohybová aktivita seniorů v době post-covidové: Guidelines versus realita</b>
9:45-10:45	František Zahálka, Tomáš Malý, Tomáš Gryc, Mikuláš Hank	Symetrie chůze aktivních seniorů při různých rychlostech
	Markéta Machová, Monika Brožová, Robert Hoffmann, David Sedláček	Balanční cvičení pro seniory s podporou virtuální reality
	Jitka Vařeková	Pohybová rehabilitace na rekondičních kurzech pro seniory s tělesným postižením
10:45-11:00	Přestávka	
11:00-12:00	Světlana Nedvědová, Lucie Vidovičová	Senioři v krizích a otázka věkové přátelskosti složek integrovaných záchranných systémů: Představení designu studie / scoping review
	Lucie Vidovičová, Klára Reimerová	Týrání, zneužívání, špatné zacházení a podryvání důstojnosti seniorů v ČR: První výsledky reprezentativní studie
	Barbora Steinlauf	Týrání pacienta s Alzheimerovou nemocí: Komentář k případu z advokátní praxe z pohledu ochrany patientských práv
12:00-12:45	Oběd	
12:45-14:15	Oldřich Čepelka	Individuální index aktivního stáří
	Eva Ferrarová, Marcela Petrová Kafková, Tereza Kroužková	Jídlo jako součást identity ve vyšším věku
	Melisa Schneiderová, Josef Mana	Volnočasové aktivity a superaging u žen: Předběžná data
	Věra Suchomelová, Renata Tetourová	Využití virtuální reality (nejen) v domovech pro seniory
14:15-14:30	Přestávka	
14:30-15:30	Hana Georgi, Zuzana Tichá	Dotazník vývojových úkolů pro seniory: Online šetření v Česku
	Stanislav Svačinka, Anna Ševčíková	Co trápí lidi ve vztazích v pozdějším věku? Kvalitativní studie dotazů zveřejněných na poradenských webech
	Petra Hamerníková	Rozmanitost podzimu aneb sexualita lidí v seniorském věku
15:40-16:20	<b>Marek Háša</b>	<b>Tříštění tabu sexuality seniorů pomocí virtuálních střípků</b>
16:30	Vyhlášení vítěze soutěže Alzheimer nadačního fondu za 2. den konference	

# SBORNÍK ABSTRAKT

Abstrakta jsou řazena abecedně  
dle příjmení prvního autora.

---

Zvané přednášky

Ústní sdělení

Postery

---

Texty abstrakt neprošly jazykovou úpravou.



# **PŘEDNÁŠKY ZVANÝCH ŘEČNÍKŮ**

## SEX AND GENDER DIFFERENCES IN ALZHEIMER – THE GATEWAY TO PRECISION MEDICINE

### ROZDÍLY MEZI POHLAVÍMI U ALZHEIMERA - BRÁNA K PŘESNÉ MEDICÍNĚ

Dr. Maria Teresa Ferretti

Women's Brain Project, Švýcarsko

[mariateresa.ferretti@gmail.com](mailto:mariateresa.ferretti@gmail.com)

Several sex and gender differences have been described in the field of Alzheimer, from risk factors to biomarkers and progression of the disease. How these differences could be leveraged towards better disease management remains to be demonstrated.

In this talk I will discuss the state of the art on sex and gender differences in biomarker research, clinical trial design and development of digital health technologies, highlighting the recent results of the Women's Brain Project in this field. I will provide examples of sex and gender differences and discuss how implementing sex and gender sensitive medicine in Alzheimer has the potential to improve diagnostic and prognostic accuracy of current and future biomarkers, increase the effectiveness of prevention campaigns, ameliorate patient experiences and as well as facilitate the discovery of new, tailored treatments.

These differences offer a useful starting point to discuss potential applications of precision medicine and personalized healthcare in neurology.

---

V oblasti Alzheimerovy choroby bylo popsáno několik rozdílů mezi pohlavími, od rizikových faktorů po biomarkery a progresi onemocnění. Jak by tyto rozdíly mohly být využity k lepšímu zvládnání onemocnění, je třeba teprve prokázat.

V přednášce se budu zabývat současným stavem výzkumu rozdílů mezi pohlavími v oblasti biomarkerů, navrhování klinických studií a vývoje digitálních zdravotnických technologií a představím nedávné výsledky projektu Women's Brain Project. Uvedu příklady rozdílů mezi pohlavími a budu diskutovat o tom, jak má zavádění medicíny citlivé na pohlaví u Alzheimerovy choroby potenciál zlepšit diagnostickou a prognostickou přesnost současných a budoucích biomarkerů, zvýšit účinnost preventivních kampaní, zlepšit zkušenosti pacientů a také usnadnit objevování nových, na míru šitých léčebných postupů.

Tyto rozdíly nabízejí užitečný výchozí bod pro diskusi o možných aplikacích precizní medicíny a personalizované zdravotní péče v neurologii.

## LÉČBA ALZHEIMEROVY NEMOCI - KDE JSME A KAM SMĚŘUJEME

prof. MUDr. Jakub Hort, Ph.D.

2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole

[jakub.hort@fnmotol.cz](mailto:jakub.hort@fnmotol.cz)

V klinické praxi používáme pro léčbu kognitivního deficitu a zlepšení soběstačnosti u pacientů s Alzheimerovou nemocí i u dalších demencí inhibitory acetylcholinesterázy a memantin. Tyto léky jsou dostupné od 90. let a poslední z nich byl registrován v roce 2004. V posledních letech selhala řada léků zaměřených proti patofyziologickým procesům vedoucím k neurodegeneraci. V posledních letech se zkoušely zejména léky zaměřené proti bílkovině beta-amyloidu. V posledních 2 letech byly publikovány výsledky studií s aducanumabem, lecanemabem a ganterenumabem, počátkem roku 2023 očekáváme výsledky studie s donenumabem. Pozitivní jsou výsledky aducanumabu, kde však cost/benefit nebyl shledán dostatečným pro registraci v EU a rovněž v USA je tento lék doprovázen řadou kontroverzí. Nejlepší výsledky s nadějí na používání v klinické praxi zatím přinesl lék lecanemab. Tyto biologické léky nezpochybnitelně odstraňují z mozku amyloid, ale klinický efekt je předmětem podrobného posuzování regulačními orgány a ukáže ho až, doufejme, nasazení v klinické praxi. Tato léčba však může mít i některé nežádoucí vedlejší účinky, vyšší nákladovost a nároky na organizaci zdravotní péče. V tomto kontextu se jeví jako nadějná a efektivní i racionalizace doporučení pro některé volně prodejné léky, kde se ukazuje že EGb761 může mít dobrý klinický efekt.

---

### JE AMYLOID PASSÉ? ANEB AMYLOIDNÍ HYPOTÉZA ALZHEIMEROVY NEMOCI VE STÍNU PODVODŮ

RNDr. Tomáš Petrásek, Ph.D.

RNDr. Iveta Vojtěchová, Ph.D.

Národní ústav duševního zdraví, Klecany

[vojtechova.iveta@seznam.cz](mailto:vojtechova.iveta@seznam.cz)

[tomas.petrasek@nudz.cz](mailto:tomas.petrasek@nudz.cz)

V červenci 2022 proběhla médii zpráva o aféře francouzsko-amerického neurovědce Sylvaina Lesného, který byl obviněn ze závažné manipulace s výsledky svých studií věnovaných Alzheimerově chorobě. Někteří komentátoři tvrdí, že ostuda s upravenými obrázky zpochybňuje či přímo boří takzvanou amyloidní hypotézu, vlivnou a rozšířenou představu, že příčinou nebo alespoň klíčovým faktorem pro rozvoj Alzheimerovy nemoci je patologické hromadění peptidu amyloidu beta v mozku. Byl alzheimerovský výzkum ovládnán „amyloidní mafii“ šířící podvržené výsledky? Je amyloid opravdu passé?

## POHYBOVÁ AKTIVITA SENIORŮ V DOBĚ POST-COVIDOVÉ: GUIDELINES VERSUS REALITA

PhDr. Klára Daďová, Ph.D.

Fakulta tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy

[dadova@ftvs.cuni.cz](mailto:dadova@ftvs.cuni.cz)

Pohybová aktivita je nejdostupnějším nástrojem prevence mnoha civilizačních onemocnění i způsobem, jak udržet přiměřenou míru soběstačnosti a kvality života ve vyšším věku. Existuje řada více či méně specifikovaných guidelines různých odborných společností ohledně typu, intenzity, délky a frekvence zatížení jedinců seniorského věku. Důležitá je však také kvalitativní složka cvičení a dlouhodobá adherence k pohybové aktivitě. Ovlivnila tyto proměnné pandemie Covid-19? Změnily se cvičební návyky seniorské populace a lze to vůbec nějak měřit? Jaké jsou známé a potenciální benefity fyzické aktivity v dospělém věku?

**Grantová podpora:** Příspěvek vznikl v kontextu projektu „Kognitivní superaging u fyzicky aktivních žen“ a s podporou grantu GA ČR 22-24846S.

---

## TŘÍŠTĚNÍ TABU SEXUALITY SENIORŮ POMOCÍ VIRTUÁLNÍCH STŘÍPKŮ

Marek Háša, MSc.

Kaleido VR; Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy

[marek.hasa@fsv.cuni.cz](mailto:marek.hasa@fsv.cuni.cz)

Pandemie koronaviru nás všechny vzdálila – mnohdy doslova. Již před šířením nového koronaviru však seniorům v pečovatelských zařízeních chyběly intimní momenty a interakce s dalšími lidskými bytostmi, ať už s rodinou a partnery, s pečovateli, nebo jen s dalšími klienty. Nezbytná protipandemická opatření tuto hrozbu pro jejich duševní a sexuální zdraví ještě rozšířila a prohloubila, v důsledku čehož se také zvýšilo riziko problematických interakcí klientů a pečovatelů.

Kaleido, VR nástroj pro aktivizační terapii a kognitivní trénink, se rozhodlo nabídnout pečovatelům inovativní preventivní nástroj, který by jim pomohl tyto posílené hrozby minimalizovat a přispět ke zdravému naplnění další z potřeb klientů. Tým Kaleida na základě vlastního výzkumu v domovech seniorů a konzultací s experty na sexualitu seniorů navrhl, vytvořil a v praxi otestoval první sérii virtuálních zážitků pro bezpečnou stimulaci duševní stránky sexuality. V příspěvku budou představeny dosavadní úspěchy i neúspěchy tohoto inovativního, detabuizujícího projektu.

# ÚSTNÍ SDĚLENÍ

## INDIVIDUÁLNÍ INDEX AKTIVNÍHO STÁŘÍ

Oldřich Čepelka

[oldrich.cepelka@tima-liberec.cz](mailto:oldrich.cepelka@tima-liberec.cz)

Aktivní stárnutí spočívá v přiměřeném uplatnění fyzických, mentálních a společenských aktivit. Aktivita má svůj účel (dopad), motivaci a intenzitu, resp. trvání. Není to jednorázová akce, nýbrž „dostatečně dlouho“ (např. hodinu) trvajících, resp. opakujících se (alespoň 1x měsíčně) činnost. Takto pojímané aktivity je možné zjišťovat pomocí pozorování nebo anonymního dotazování (v našem průzkumu: osob ve věku 65 let a více).

Míru „aktivnosti“ ve stáří lze popsat jednoduchým indexem, který je tvořen počtem a frekvencí prováděných rozmanitých aktivit v domácnosti a mimo domácnost, a to jak soukromě prospěšných, tak veřejně prospěšných. Z aktivit vstupujících do indexu jsme vyloučili péči o sebe, rodinu a domácnost, aby index dobře odpovídal pojetí aktivního stárnutí. Zahrnuto je 23 druhů aktivit (výdělečné aktivity, soukromě prospěšné záliby a veřejně prospěšné aktivity).

Takto vzniklý individuální index aktivního stáří (IAAI) pomáhá charakterizovat život seniorů a odhaluje rozdíly mezi různými demografickými a socioekonomickými skupinami. Výsledky jsou založeny na analýze dat od 1712 seniorů ve věku 65 a více let z roku 2021. Hodnoty indexu byly normalizovány do rozpětí 1 až 100 bodů. K dosažení průměrné hodnoty (44 bodů ze 100) stačí, aby se senior zabýval alespoň jednou týdně nejběžnějšími zájmovými aktivitami v domácnosti (televize, četba apod.) a k tomu se jednou až třikrát měsíčně věnoval několika méně častým, avšak pravidelným zájmovým činnostem mimo domácnost. Index může být využit k porovnávání stupně aktivity jednotlivých seniorů.

Výrazné rozdíly v hodnotách IAAI nejsou – podle našich zjištění – závislé na velikosti místa bydliště seniora, na věkové skupině, pohlaví ani na tom, zda žije sám. Méně a více aktivní seniory naproti tomu odlišuje běžná, „každodenní“ bolestivost pohybového aparátu, zdravotní stav vůbec, převažující druh dříve vykonávané profese, dosažené vzdělání, spokojenost s místními možnostmi pro volný čas, celková spokojenost se životem, a především pozice v socioekonomické struktuře společnosti. Nejvyšší hodnotu indexu jsme tak pozorovali u osob s velmi dobrým zdravotním stavem, s vyšší socioekonomickou pozicí a s velkou celkovou spokojeností.

Nedostatkem IAAI je, že postihuje pouze kvalitativní (druhovou) stránku seniorské aktivity, příp. frekvenci vykonávání, nikoliv intenzitu aktivit ve smyslu nákladů (vynaloženého času, námahy, peněz nebo emocí) a výstupů, výsledků a dopadů realizace aktivit na subjekt a okolí.

Jako námět pro další práci se jeví okolnost, že námi zpracovaný index postihuje – technicky vzato – spektrum 23 předdefinovaných skupin aktivit, které senior vykonává během roku alespoň někdy. Je možné konstruovat podobné indexy, které budou obsahovat: a) jiný počet a složení aktivit, b) jinou frekvenci provádění, c) různé váhy pro jednotlivé aktivity aj. Jde tu ovšem o běžnou situaci, jakou řeší všichni tvůrci rozmanitých indexů a souhrnných škál v psychologii a dalších humanitních vědách.

**Klíčová slova:** senioři; měření; rozsah aktivit.

## JÍDLO JAKO SOUČÁST IDENTITY VE VYŠŠÍM VĚKU

Eva Ferrarová <sup>1</sup>, Marcela Petrová Kafková <sup>2</sup>, Tereza Kroužková <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

<sup>2</sup> Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně

[Eva.Ferrarova@seznam.cz](mailto:Eva.Ferrarova@seznam.cz)

*„Food and eating are expressions of culture and shapers of identity.“ (deSoucey 2010)*

Jídlo nás definuje jako jedince, komunity a národy: jsme to, co jíme a stejně tak jsme to, co nejíme. Kdy, kde, proč, jak a s kým jíme, je zásadní pro naši identitu. Skrze jídlo se definujeme, dodržujeme s ním spojené rituály, skrze jídlo komunikujeme a sdělujeme informace. Funkce jídla nespočívá pouze v uspokojení našich základních biologických potřeb. Jeho sociální a kulturní charakter má ve společnosti stejný, či dokonce větší význam. Věk je důležitou determinantou pro to, co jíme. Naše strava se mění v průběhu života a mění se i rituály s ní spojené.

V tomto příspěvku se opíráme o sekundární analýzu anketního šetření, které provedli studující Ústavu etnologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v roce 2021 se svými prarodiči na základě polostrukturovaného dotazníku. Rozhovory byly uskutečněny s 80 komunikačními partnery a partnerkami ve věku 58 až 94 let.

Tematizovány byly otázky z následujících okruhů: jak se mění to, co a jak jíme, jak se mění veškeré činnosti s jídlem spojené jako je plánování, nákup, příprava, samotná konzumace, jak starší lidé reagují na klimatické změny a požadavky na „jiné“ jídlo a jiné formy stravování, jak jsou ovlivněni reklamou a jaký kulturně-antropologický význam tyto změny mají pro jejich identitu jako osob vyššího věku.

V rámci šetření jsme identifikovaly kulturní a sociální faktory, které ovlivňují stravování starších osob především ve vztahu ke změnám, jimiž vztah k jídlu s rostoucím věkem prochází, a které primárně určují jejich aktérství a kvalitu života. Zároveň nás analýzy vedly k závěru, že kulturní stravovací vzorce jsou silně genderované, a rozdíly ve stravování i souvisejících činnostech (např. komensality – společné stolování) vykazují odlišné systémové vzorce u mužů a žen. V diskusi pak upozorňujeme na potřebu hledání nového poznání i v otázkách stereotypů, které stravování seniorské populace silně ovlivňují.

**Klíčová slova:** stravování; senioři; kulturní vzorce.

**Grantová podpora:** Práce na tomto příspěvku byly podpořeny projektem GA ČR „Význam jídla ve vyšším věku“ (23-06348S).

## DOTAZNÍK VÝVOJOVÝCH ÚKOLŮ PRO SENIORY: ONLINE ŠETŘENÍ V ČESKU

Hana Georgi, Zuzana Tichá

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

[hana.georgi@pvsp.cz](mailto:hana.georgi@pvsp.cz)

Klasické vývojové teorie pracují s úkoly, které člověk řeší během různých etap svého života. Pro zjištění úrovně jejich plnění se nabízí Dotazník vývojových úkolů (*Developmental Tasks Questionnaire for Seniors*; DTQ-S) z roku 2020, který tímto představujeme v českém prostředí. Předpokládáme souvislost míry vyrovnání se s vývojovými úkoly stáří s afektivním laděním a osobní pohodou.

Po převodu do českého jazyka byl dotazník administrován v online šetření cíleném na české seniory. Nábor proběhl převážně prostřednictvím Facebooku a snow-ball. Kromě DTQ-S respondenti vyplnili také Geriatrickou škálu deprese (GDS-15), zkrácený Inventář geriatrické úzkosti (GAI-SF), Škálu psychologického well-beingu (PWB) a Škálu spokojenosti s životem (SWLS). DTQS se skládá ze 3 subškál po 5 položkách, obsahuje tedy 15 položek – výroků. Respondent má na škále od 1 do 5 označit, nakolik ho/ji daný výrok vystihuje (1 rozhodně ne – 2 spíše ne – 3 těžko říci – 4 trochu ano – 5 rozhodně ano). Subškály: Přijetí vlastního života, Adaptace, Přijetí vlastní smrti.

Dotazník DTQ-S kompletně vyplnilo 502 osob ve věku 60-89 let ( $M=69,8$ ,  $SD=5,63$ ; 81,3 % žen). Celkový skóre DTQ-S nabýval hodnot 31 až 75 ( $Med = 58$ ;  $M = 57,6$ ;  $SD = 6,97$ ). Soubor vykazoval o něco větší míru dosažení vývojových úkolů a menší variabilitu než původní data autorů (tj. oproti  $M = 55,95$ ,  $SD = 8,38$ ). Vnitřní konzistence škály je dostačující dle McDonaldova  $\omega = 0,788$ . Analýza hlavních komponent, PCA, ukázala na 3faktorovou strukturu stejně jako data autorů testu. Dvě položky se vymykaly očekávání. Položka 5 „Udržuji společenské kontakty s lidmi mého věku“ se ukázala jako součást faktoru Přijetí vlastního života (nikoli Adaptace); Položka 15 „Známky stárnutí, které se u mě vyskytují, považuji v mém věku za normální“ se ukázala jako možná součást dvou faktorů, přičemž o něco silnější argument byl pro faktor Přijetí vlastního života (nikoli Přijetí vlastní smrti). Interní konzistence dle původních položek subškál Přijetí vlastního života ( $\omega = 0,832$ ; původní práce 0,80), Adaptace ( $\omega = 0,504$ ; původní práce 0,60), Přijetí vlastní smrti ( $\omega = 0,766$ ). Vnitřní konzistence subškál dle PCA: Přijetí vlastního života (7 položek;  $\omega = 0,819$ ; původní práce 0,75), Adaptace (4 položky;  $\omega = 0,506$ ), Přijetí vlastní smrti (4 položky;  $\omega = 0,786$ ). Oba způsoby dělení subškál shodně ukazují dostačující vnitřní konzistenci u Přijetí vlastního života a Přijetí vlastní smrti, naopak nedostačující u Adaptace. DTQ-S korelovalo významně negativně s GDS-15 ( $\rho = -0,22$ ) a GAI-SF ( $\rho = -0,26$ ) a významně pozitivně s PWB ( $\rho = 0,31$ ) a SWLS ( $\rho = 0,38$ ; všechna  $p < 0,001$ ).

DTQ-S v online šetření českých seniorů vykazovalo podobné charakteristiky jako originální práce autorů metody z Polska. Výsledky ukázaly o něco vyšší hodnoty oproti populaci užitě v původní práci a statisticky významnou souvislost s dotazníky afektivního ladění a osobní spokojenosti. DTQ-S je adekvátní metodou pro zjištění dosažení vývojových úkolů ve starším věku.

**Grantová podpora:** Interní projekt PVŠPS IGA2.2021.2.

**Poděkování:** Dr. Oldřichu Čepelkovi, který nám zásadně pomohl s nábořem rozesláním pozvánky k účasti mezi své kontakty. Doc. Radkovi Trnkovi děkujeme za spolupráci na online šetření.



**ROZMANITOST PODZIMU  
ANEB  
SEXUALITA LIDÍ V SENIORSKÉM VĚKU**

Petra Hamerníková

Freya, z. s.

[hamernikova@freya.live](mailto:hamernikova@freya.live)

Intimita, sexualita a vztahy patří neoddělitelně do života každého člověka bez ohledu na jeho věk. Sexualita v seniorském věku je často tabuizovaným tématem a málokdo si uvědomuje, že i v tomto životním období ji lidé chtějí důstojně prožívat. Tato část našeho života, ale také může být ovlivněna řadou faktorů, ať už se jedná o faktory z psychické nebo tělesné oblasti.

Stejně tak lidé pracující v sociálních službách se mohou potýkat s řadou předsudků týkajících se sexuality jejich klientů a klientek či nejistotou, jaká je jejich role a jakým způsobem komunikovat témata vztahující se k sexualitě svých klientů a klientek. Respekt a otevřenost vůči projevům sexuality a intimity seniorů a seniorek v sociálních a zdravotních službách není samozřejmostí.

Cílem našeho příspěvku je seznámit účastníky a účastnice s tématem sexuality seniorů a seniorek a možnostmi řešení, jak důstojným způsobem podpořit jejich sexualitu zejména v sociálních a zdravotních službách.

**Klíčová slova:** sociální a zdravotní služby; předsudky; důstojnost.

# INDEXY PAMĚŤOVÉ VAZBY A JEJICH SPECIFICITA VŮČI ALZHEIMEROVĚ NEMOCI U PACIENTŮ S AMNESTICKOU MÍRNOU KOGNITIVNÍ PORUCHOU: PILOTNÍ VÝSLEDKY

Hana Horáková, Adéla Fendrych Mazancová, Svatava Krejčová, Veronika Matušková,  
Tomáš Nikolai, Jakub Hort, Martin Vyhnálek

Kognitivní centrum, Neurologická klinika, 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy  
a Fakultní nemocnice v Motole

[hana.horakova2@lfmotol.cuni.cz](mailto:hana.horakova2@lfmotol.cuni.cz)

*Memory Binding Test* (MBT) a *Face Name Associative Memory Exam* (FNAME-12) jsou nové experimentální testy založené na principu relační paměťové vazby. Paměťová vazba je schopnost vytvářet asociaci mezi dvěma původně nesouvisejícími podněty a byla navržena jako slibné paradigma pro časnou neuropsychologickou diagnostiku Alzheimerovy nemoci (AN). Recentní studie podporují potenciální senzitivitu MBT i FNAME-12 vůči mírnému paměťovému poklesu, dosud však nebyla zkoumána jejich specificita vůči alzheimerovské patologii. Většina studií navíc zkoumala tyto metody jednotlivě, bez jejich přímého porovnání. Naším cílem bylo prozkoumat, zda a v jakých indexech MBT a FNAME-12 se pacienti s amnestickou mírnou kognitivní poruchou při AN (aMCI-AN) liší od pacientů s aMCI nealzheimerovské etiologie (aMCI-nonAN).

Zahrnuto bylo zahrnuto 35 pacientů s aMCI z České studie stárnutí mozku, kteří podstoupili kompletní vyšetřovací protokol zahrnující standardní neuropsychologické, neurologické a laboratorní vyšetření, zobrazení mozku magnetickou rezonancí a lumbální punkci (LP) a/či beta-amyloidovou PET. Na základě analýzy biomarkerů byli klasifikováni jako aMCI-AN (n=18; věk: 72,2±4,9; vzdělání: 14,8±3,8; Mini Mental State Examination (MMSE): 27,3±1,3) nebo aMCI-nonAN (n=17; věk: 71,8±7,0; vzdělání: 14,6±2,9; MMSE: 28,2±1,2). Dále byla zahrnuta kontrolní skupina kognitivně normálních dobrovolníků (KN, n=36; věk: 71,8±6,3; vzdělání: 16,6±2,5; MMSE: 28,9±1,1), kteří byli vyšetřeni totožným protokolem (bez LP a PET). Všichni byli otestováni experimentálními MBT a FNAME-12. Skupiny byly porovnány pomocí mnohonásobné analýzy kovariance s kontrolou pro věk, vzdělání a MMSE. Tytéž kovariáty byly zohledněny při výpočtu ploch pod křivkou (AUC).

Pacienti s aMCI-AN skórovali hůře v porovnání s aMCI-nonAN v MBT indexech sémantické paměťové vazby (obě  $p < 0,001$ ; AUC = 0,873 a 0,872) a ve FNAME-12 indexech vazby tvář-povolání (obě  $p \leq 0,001$ ; AUC = 0,841 a 0,893), nelišili se však ve FNAME-12 indexech vazby tvář-jméno. V porovnání s KN skórovali pacienti s aMCI-AN i s aMCI-nonAN hůře ve všech MBT a FNAME-12 indexech (všechna  $p \leq 0,037$ ). Z hlediska distribuce výkonů byl u FNAME-12 indexů vazby tvář-jméno u obou aMCI skupin pozorován podlahový efekt a u indexů vazby tvář-povolání byla u KN skupiny pozorována tendence ke stropovému efektu. U MBT indexů nebyl u žádné ze skupin patrný efekt podlahy ani efekt stropu.

Naše pilotní výsledky naznačují vyšší potenciál indexů MBT diskriminovat mezi pacienty s aMCI alzheimerovské a jiné etiologie v porovnání s indexy FNAME-12.

**Klíčová slova:** kódování paměťové stopy; paměťové testy; diskriminační potenciál; biomarkery.

**Grantová podpora:** Podpořeno Grantovou agenturou ČR, GAČR č. 22-33968S; projektem č. LX22NPO5107 (MŠMT): Financováno EU – Next Generation EU; projektem EAA-Norské fondy 2014-2021 a Technologickou agenturou ČR č. TO01000215.

## „HLAVNĚ NELHAT“ ANEB PACIENT SE ZAČÍNÁJÍCÍ DEMENCÍ ALZHEIMEROVA TYPU V ORDINACI LÉKAŘE (A JAK TO UČÍME)

Kateřina Ivanová <sup>1</sup>, Lubica Juríčková <sup>1</sup>, Adam Doležal <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ústav veřejného zdravotnictví Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

<sup>2</sup> Ústav humanitních studií, 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

[katerina.ivanova@upol.cz](mailto:katerina.ivanova@upol.cz)

Etická a právní východiska: Respekt k autonomii pacienta je jedním ze čtyř základních etických principů platných pro současnou západní medicínu. Pacient musí udělit dobrovolný informovaný souhlas s postupem léčby. V něm by se měly odrážet pacientovy preference, jeho žádosti i hodnotový systém. V zákoně o zdravotních službách je uvedeno, že zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak. Pacient se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy zapříčiněnými zdravotními důvody má při komunikaci související s poskytováním zdravotních služeb právo dorozumívat se způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou. Poskytovatel je povinen zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách. Cílem příspěvku je ukázat způsob praktické výuky mediků, týkající se rozhodování o léčbě pacientů s těžkými komunikačními problémy, včetně možných řešení.

Eticky sporné situace v současné medicíně, podané kazuisticky a přednesené metodou *storytelling*. Data jsou sbírána tázacími archy, do kterých lékaři zapisují eticky sporné situace z vlastní praxe (n=605). Tázací arch je strukturován podle metody Four Boxes: 1) Medicinské indikace; 2) Preference pacienta; 3) Kvalita života; 4) Kontextuální rámce. Data jsou důsledně generalizována. Kazuistiky jsou vyučovány metodou Case Based Learning, tj. obecným poučením pomocí příběhu o jednotlivci.

Kazuistika je koncipována jako příběh pana Karla (80 let), který je v péči dcery. Péče dcery je evidentně velmi dobrá. Pan Karel je neslyšící, dorozumívá se znakovou řečí a zhoršuje se mu zrak. Nepoznává vždy osoby blízké, je zmatený, dcera uvádí, že má „Alzheimera“. Operací šedého zákalu je možnost současný problém vyřešit. Pan Karel po informaci o chirurgické operaci, podané tlumočnickem (v blikajícím světle ordinace), zákrok odmítá. Dcera na lékaře naléhá, aby otci sdělil, že se o operaci nejedná. Argumentuje komplikovanou péčí o hluchoslepou osobu. Podle lékařova názoru má operace pro pacienta jednoznačnou benefici a velmi nízkou pravděpodobnost poškození.

Home message: Má lékař podlehnout naléhání rodiny a sdělit nepravdivou informaci?

**Klíčová slova** beneficence; autonomie; sdělování informací; zástupné rozhodování.

**Grantová podpora:** Dedikováno projektu TaČR „Zvyšování morální kompetence v medicíně“, reg. č: TL05000114.

## KVALITA ŽIVOTA SENIORA: OTÁZKA PRO GERIATRA

Božena Jurašková

Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova

Česká gerontologická a geriatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

[juraskovabozena@seznam.cz](mailto:juraskovabozena@seznam.cz)

Gerontologie a geriatrie reaguje na současné demografické změny, stárnutí populace v důsledku zejména prodlužování lidského života. Tyto změny jsou úspěchem rozvinutých zemí včetně České republiky a nelze na ně hledět jako na problém, ale je třeba je považovat za příležitost. Aby byla tato příležitost využita, je zapotřebí, aby péče o zdraví i systém služeb tyto demografické změny respektovaly, aby se naplnil potenciál zdraví lidí vyššího věku, aby starší lidé byli zdraví a aktivní.

Proto je zapotřebí podporovat zdraví i ve vyšším věku, správně a včas léčit poruchy zdraví (nemoci a geriatrické syndromy), adekvátním doléčením a rehabilitací přispět k co nejúplnějšimu návratu kvality života a soběstačnosti, ve stavu omezené soběstačnosti zajistit co nejlepší kompenzaci stavu, optimální funkční stav a kvalitu života, v situacích terminálních nebo tehdy, kdy si člověk již nepřeje další vyšetřování a léčbu zajistit kvalitní paliativní péči.

Geriatrie se ujímá především těch starších nemocných, u nichž dominuje geriatrická symptomatologie nad symptomatologií oborovou a u nichž závažná multimorbidita problematizuje oborové kompetence. Koncepce moderní gerontologie a geriatrie klade důraz na kvalitu života a co největší nezávislost a autonomii lidí vyššího věku. Koncepce gerontologie a geriatrie vnímá stárnutí populace ve smyslu longevity – prodlužování života lidí a následných demografických změn společnosti. Respektuje stáří jako přirozený proces a poslední etapu v životě lidí, respektuje, že stáří přináší změny, které jsou fyziologické (v tomto se vymezuje od anti-aging medicíny) ale i onemocnění častější ve vyšším věku. Snaží se o prosazování modelu zdravého a aktivního stárnutí, zachování co největší kvality života. Zakotvuje tak významné hodnoty jak sociální (podpora sociálního začlenění starších lidí) tak konzervativní (důraz na autonomii), zejména však zdůrazňuje důstojnost jako základní lidské právo, které je třeba respektovat v jakémkoli věku a v jakékoli zdravotní či sociální situaci a které nelze zpochybňovat ani u těch lidí, kteří jsou nejkřehčí, kam patří lidé se závažnými geriatrickými syndromy.

Cílem gerontologie a geriatrie je také lepší zajištění adekvátních služeb pro seniory, lepší využití prostředků, zajištění kvality služeb a bezpečí pacientů. Dalším z cílů koncepce je zlepšení kontinuity péče o starší pacienty spoluprací mezi jednotlivými lékařskými i nelékařskými odbornostmi a se sociálními službami i s pečujícími rodinnými příslušníky.

Geriatři jsou lékaři, kteří se věnují prevenci, diagnostikování, terapii a rehabilitaci nemocí a klinických syndromů lidí vyššího věku, jako je syndrom frailty či delirium. Tak zní úvodní část definice formulované International Association of Geriatrics and Gerontology (IAGG) na žádost Světové zdravotnické organizace při příležitosti Dekády zdravého stárnutí. Slovo geriatrie pochází ze slov geron a iatrea, starý člověk a léčení. Přesto IAGG ve své definici zdůrazňuje: „Není to kalendářní věk sám o sobě, který by kvalifikoval pacienta pro geriatrickou péči, vzhledem k zásadní interindividuální variabilitě v nemocnosti a rozvoji disability.“ Jestliže kalendářní věk není tím kritériem, jaké jsou charakteristiky geriatrického pacienta? Polymorbidita, často doprovázena polypragmazií, a geriatrické syndromy, resp. riziko jejich rozvoje, jsou klíčové charakteristiky geriatrického pacienta. Komorbidity ovlivňují klinickou prezentaci nemocí, diagnostiku, terapii i rekonvalescenci

geriatrického pacienta. Komorbidity i involuční změny mohou měnit a skrývat klasickou symptomatologii nemocí a být přidanou výzvou v diagnostickém procesu. Každou zdravotní dekompenzaci geriatrického pacienta doprovází riziko zhoršení jeho funkčního stavu. Aktivní intervence podporující funkční stav jsou zásadní součástí léčby geriatrického pacienta. Její priority jsou popsány na podkladě materiálů WHO i České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP (ČGGS).

Klíčové charakteristiky geriatrické medicíny dle WHO a International Association of Geriatrics and Gerontology jsou následující:

- důraz na zachování a optimalizaci funkčního stavu
- péče o polymorbidní pacienty s komplexními klinickými potřebami
- celostní péče zaměřená na osobu, včetně komplexního vyhodnocení funkčních, zdravotních a sociálních faktorů
- klinická péče je obvykle poskytována interdisciplinárním týmem, zajišťuje geriatrickému pacientovi komfort a důstojnost
- spektrum zahrnuje akutní i post-akutní geriatrická lůžka i geriatrické ambulance zahrnuje komunitní péči o geriatrické pacienty žijící ve vlastním prostředí a preventivní opatření a edukaci v populačním měřítku

Jak deklaruje Česká společnost gerontologická a geriatrická ČLS JEP (ČGGS) „cílem geriatrie je zvláště snižování chronické disability, komprese nemocnosti v pokročilém stáří, zlepšování prognózy akutních dekompenzací zdravotního stavu, odvrácení ztráty soběstačnosti a vytváření podmínek pro zachování účinnosti a účelnosti kauzálních léčebných metod do nejvyššího věku“. Řečeno slovy Koncepce geriatrie: „Geriatrie cílevědomě rozvíjí koncept úspěšného stárnutí, prohlubuje poznání o zvláště patogeneze a manifestace chorob ve stáří, rozpracovává hodnocení funkčního stavu starého člověka, jeho sociální homeostázy a interakce s prostředím, rozvíjí specifický geriatrický režim podporující adaptaci, autosanaci, rekonvalescenci a brání specifickým komplikacím včetně iatrogenních u křehkých geriatrických pacientů.

Zvláštní pozornost je věnována rozvoji a kvalitě následné a dlouhodobé péče včetně rehabilitačního ošetřovatelství“ (ČGGS: Koncepce geriatrie). Přístup geriatrické medicíny s oporou o komplexní geriatrické vyšetření je přínosný pro zdraví a funkční stav lidí vyššího věku, redukuje morbiditu a mortalitu a pomáhá předejít preventabilním hospitalizacím, jak shrnuje systematická Cochrane review a další studie (Ellis et al., 2017; Gladman et al., 2016).

Geriatrie je v České republice jedním ze základních oborů lékařského specializačního vzdělání. Jedná se o obor interdisciplinárního charakteru, který plní specifické úkoly léčebně preventivní a také integrační a metodické při vytváření uceleného systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb pro seniory. Tato role je umožněna zvláště propojením geriatrie jako klinické gerontologie s gerontologií experimentální a sociální.

## BALANČNÍ CVIČENÍ PRO SENIORY S PODPOROU VIRTUÁLNÍ REALITY

Markéta Machová <sup>1</sup>, Monika Brožová <sup>2</sup>, Robert Hoffmann <sup>2</sup>, David Sedláček <sup>1</sup>

<sup>1</sup> České vysoké učení technické v Praze, Fakulta Elektrotechnická

<sup>2</sup> Domov pro seniory Nová Slunečnice, Praha

[david.sedlacek@fel.cvut.cz](mailto:david.sedlacek@fel.cvut.cz)

Nebezpečí pádu se pro seniory stává velkou překážkou jak z fyzického pohledu, tak z pohledu psychického. Pravidelný trénink koordinace a rovnováhy je tak důležitou součástí postupů pro aktivaci seniorů. Jedním z možných způsobů tohoto tréninku je balanční cvičení na zařízení Posturomed. Při tomto cvičení terapeut cíleně vychyluje účastníka z rovnováhy, který stojí na pružinovém systému podložky. Klient se následně snaží zpět zaujmout stabilní polohu.

Vytvořili jsme aplikaci pro Virtuální realitu (VR), která slouží jako doplněk tohoto cvičení na Posturomedu. V této VR aplikaci sleduje účastník pomalu se měnící krajinu a přirozeně reaguje na změnu směru pohybu a terénu změnou vlastní posturální pozice. To vede k přirozenému cvičení na tomto zařízení. V aplikaci jsou tři různá prostředí, což zvyšuje zaujetí cvičícího, cvičení to dělá zábavnější a variabilní. Terapeut má k dispozici aplikaci na mobilním zařízení, která umožňuje řídit VR zážitek, zobrazuje, co účastník zrovna vidí, a jak je daleko v průběhu cvičení.

V tomto článku popíšeme detailněji zkušenosti s cvičením na zařízení Posturomed, implementovanou VR a mobilní aplikaci a zkušenosti z více jak 1,5letého pravidelného používání aplikace pro obohacení balančního cvičení v domově pro seniory Nová Slunečnice. Dále představíme budoucí rozšíření aplikace i s potenciální možností cvičení v domácím prostředí.

**Klíčová slova:** virtuální realita; posturomed; virtuální procházky.

**Grantová podpora:** SGS22/172/OHK3/3T/13 - Výzkum nových metod interakce ve speciálních prostředích.

## SPOLEČNOST VSTŘÍCNÁ K DEMENCI V ČESKÉ REPUBLICE

Veronika Maslíková<sup>1</sup>, Hana Janečková<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Dementia I.O.V., z.ú.

<sup>2</sup> Evangelická teologická fakulta Univerzity Karlovy

<sup>3</sup> 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

[reditel@dementia.cz](mailto:reditel@dementia.cz)

V současné době žijeme ve společnosti, která vůči demenci „není přátelská“ – lidé s demencí z ní jsou vyčleňováni kvůli ztrátě kognitivních schopností, kvůli odlišnostem v emočním prožívání i sociální reciprocitě (okolí je často nechápe, přestávají být partnery v komunikaci). Nemocní a spolu s nimi i jejich rodiny se potýkají se stigmatizací a dostávají se do izolace. Mnozí z nich se již téměř vůbec neúčastní společenského života. Téma demence se v tichosti odsunulo do zdravotně pečovatelského ghetta. Bagatelizace skutečnosti ze strany odborníků, zanedbávání včasné diagnostiky a nedostatek osvěty přispívá k izolaci lidí s demencí i neformálně pečujících. Místo toho, aby lidé uměli včas rozpoznat první příznaky onemocnění a včas dostali potřebnou pomoc, dlouho svůj problém popírají nebo si jej neuvědomují a řešení začínají hledat až ve chvíli, kdy je nemoc plně rozvinutá. Nedostatečná podpora okolí od samého začátku a nefunkční systém pomoci vede často k pocitům selhání, zoufalství, bezmoci a následně k umístění nemocného do instituce.

Naproti tomu včasná diagnóza a včasné napojení na systém pomoci, kde by lidé vstupující do života s demencí našli odborníky a jejich jasnou odpověď na to, co vše je v takové situaci dobré udělat, kam zajít a co zařídit znamená velkou podporu v obtížné životní situaci, předchází nadměrnému stresu pečujících a předčasné institucionalizaci.

Jednou z cest, jak změnit přístup společnosti k lidem s demencí a pečujícím rodinám, je celosvětově rozšířená myšlenka **Dementia friendly communities**, tedy obcí nebo i celých regionů, zemí vstřícných k životu s demencí. Jedná se o snahu měnit klima ve společnosti a přizpůsobovat prostředí lidem s demencí, aby nemocní i pečující našli v místní komunitě potřebnou podporu, pochopení i fyzické prostředí (univerzální design, architekturu zaměřenou na člověka) umožňující jejich participaci na životě společnosti.

V komunitě, která odpovídá „dementia-friendly“ standardům, nedochází díky informovanosti a přípravě občanů tak často ke konfliktním situacím, způsobeným projevy demence; lidé s demencí se tu cítí bezpečněji, mohou se ve větší míře podílet na životě komunity a podle svých možností i podstatně déle pracovat a starat se o sebe, mít svůj život ve svých rukou. To je samozřejmě prospěšné pro celou společnost, proto význam této proměny myšlení přesahuje oblast péče o lidi s demencí a týká se nás všech.

Česká republika nyní stojí na počátku této snahy, i když dílčí aktivity či projekty na regionální úrovni či na půdě České alzheimerovské společnosti již probíhají. Byla navázána spolupráce s Evropskými partnery, ve 12 městech Středočeského kraje byly sestaveny mezioborové pracovní skupiny a v současné době by mělo dojít k nastavení kritérií na národní úrovni a provázání všech zainteresovaných institucí. To vše v intencích popsaných v Národním akčním plánu pro Alzheimerovu nemoc (NAPAN).

Hlavním cílem příspěvku je seznámit odbornou veřejnost s výsledky projektu, který byl realizován na území Středočeského kraje, přiblížit přínos konceptu společnosti vstřícné životu s demencí v rámci komunit a zkušenosti ze zahraničí, a informovat o aktuálním vývoji na národní úrovni.

**Klíčová slova:** demence; komunita; kvalita života.

## SENIORI V KRIZÍCH A OTÁZKA VĚKOVÉ PŘÁTELSKOSTI SLOŽEK INTEGROVANÝCH ZÁCHRANNÝCH SYSTÉMŮ: PŘEDSTAVENÍ DESIGNU STUDIE / SCOPING REVIEW

Světlana Nedvědová, Lucie Vidovičová

Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Brno

[483799@mail.muni.cz](mailto:483799@mail.muni.cz)

Ve světových populacích včetně té české dochází k bezprecedentnímu nárůstu počtu osob ve vyšším věku. Tento nárůst se projevuje i ve zvýšení podílu starších osob mezi klienty složek integrovaného záchranného systému (IZS), a to zejména při krizích jak individuálního rozsahu (pády v domácím prostředí, pohřšování osob v důsledku Alzheimerovy choroby či jiných demencí), tak v krizích středního a velkého rozsahu spojených (nejen) s klimatickými změnami (např. tornáda, záplavy, pandemie apod.). Účel: Ze zahraničních studií vyplývá, že krize postihují seniory a seniorky obzvláště tíživě. Zatímco fyzicky a psychicky zdravý senior s aktivní sociální sítí je během krize zranitelný obdobně jako zbytek populace, křehký, sociálně izolovaný a na domov vázaný senior či seniorka se stává extrémně zranitelným/zranitelnou. Záchranným složkám v České republice však chybí jednotná metodika, pomocí níž by došlo k zajištění, posílení a někdy i samotnému zavedení principů věkové přátelskosti poskytovaných služeb a intervencí v období krizí.

Náš příspěvek si klade za cíl na tento problém začít upozorňovat a využívá k tomu formu nastolení tématu skrze představení prací na vznikající tzv. scopingové studii vedené otázkou „Co je známo z literatury o postupech a strategiích složek záchranného systému při krizových intervencích u seniorů nebo zahrnující seniory?“. Na konferenci představíme předběžné výsledky studie mapující relevantní oblasti, výzvy a postupy záchranných složek v zahraničí.

Otázka věkové přátelskosti složek IZS je v tomto kontextu zároveň i branou do širších debat o ochranně života ve vyšším věku a jejich etických a lidskoprávních souvislostech, stejně jako o specifických formách (prostorového) ageismu, na který narážíme při hledání vzájemných průniků např. mezi designem služeb pro seniory a jejich zajištění „pro případy“ a „v případech“ různých typů krizí, nouzových stavů, mimořádných situací a katastrof. Příspěvek je představován v rámci dílčího projektu Národního institutu pro výzkum socioekonomických dopadů nemocí a systémových rizik SYRI (LX22NPO5101), který se zabývá interdisciplinárním výzkumem společnosti s ohledem na nová společenská, demografická, environmentální a zdravotní rizika.

**Klíčová slova:** záchranné složky; stárnoucí populace; přírodní katastrofy.

**Grantová podpora:** Tato práce vznikla v rámci projektu NPO „Národní institut pro výzkum socioekonomických dopadů nemocí a systémových rizik,“ č. LX22NPO5101, financovaného Evropskou unií - Next Generation EU (MŠMT, NPO: EXCELES), a interdisciplinárního dílčího projektu WP 6 Efektivita zdravotního systému (<https://www.syri.cz/vyzkum/efektivita-zdravotniho-systemu>).



## ADAPTACE ČESKÉ VERZE NEUROPSYCHOLOGICKÉ BATERIE UNIFORM DATA SET 3.0: PILOTNÍ DATA

Tomáš Nikolai <sup>1,2</sup>, Martin Čihák <sup>1</sup>, Ondřej Bezdíček <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

<sup>2</sup> Neuropsychologická laboratoř, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

[tomas.nikolai@ff.cuni.cz](mailto:tomas.nikolai@ff.cuni.cz)

Neuropsychologická diagnostika v klinické praxi využívá mnoho testů a baterií a neexistuje prozatím jednota pro používání shodného protokolu pro vyšetření kognitivních funkcí napříč jednotlivými onemocněními. V rámci výzkumu Alzheimerovy nemoci (AN) probíhá dlouhodobě sběr dat pomocí shodné neuropsychologické baterie Uniform Data Set aktuálně ve třetí revizi (UDS 3,0), která pokrývá základní kognitivní domény a která je používána pro výzkum kognitivního deficitu u pacientů s AN. Cílem této studie je přinést první česká pilotní data ze standardizace tohoto protokolu v českém prostředí.

Česká verze baterie UDS 3,0 je byla převedena do českého prostředí a administrována deseti zdravým osobám a deseti pacientům s AN.

Česká verze UDS 3,0 je připravena pro klinické použití, první výsledky podporují její užitečnost, pokračuje sběr dat pro normativní studii.

**Klíčová slova:** mírná kognitivní porucha; neuropsychologická diagnostika; Alzheimerova nemoc.

**Grantová podpora:** Výzkum je podporován Univerzitou Karlovou, projektem Cooperatio - Neurovědy.

# UNIVERZÁLNÍ PLATFORMA ZEJMÉNA PRO KOGNITIVNÍ TESTY A CVIČENÍ

Petr Novák <sup>1</sup>, Matěj Štula <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Český Institut Informatiky, Robotiky a Kybernetiky; České Vysoké Učení Technické v Praze

<sup>2</sup> Fakulta Elektrotechnická; České Vysoké Učení Technické v Praze

[petr.novak.3@cvut.cz](mailto:petr.novak.3@cvut.cz)

Existují (standardizované) nástroje pro testování i cvičení zejména kognitivních schopností člověka (např. BATAK). Avšak při jejich častém opakování se je člověk může naučit z paměti. Neobsahují totiž žádnou náhodnou složku. Rovněž je nelze upravovat pro speciální účely a nejsou tedy vždy vhodné pro experimentální a výzkumné využití. Vůbec již nelze řídit jejich průběh (části) podle aktuálního stavu / schopností testovaného. Tyto testy však zahrnují velmi podobné typy úloh. Z tohoto důvodu byla navržena univerzálnější testovací platforma nejen pro testování, ale i cvičení zejména kognitivních schopností.

Zmíněná platforma se skládá ze tří hlavních částí. První tvoří aplikace, v níž lze požadovaný test v podstatě „naklikat“ a pak spustit. Pokud nestačí pouze zobrazování na monitoru počítače a vstup z klávesnice, lze použít i druhou část. Tou jsou externí zařízení připojené přes USB/LAN a rozmístěné na pracovním stole, po místnosti, nebo i dále. Ty slouží pro připojení třetích částí, koncových zařízení, tedy reálných aktuátorů vytvářejících podněty a senzorů snímajících odezvy testovaného. Pomocí nich testovaný interaguje s platformou.

Vlastní test lze sestavit („naklikat“) jako posloupnost z mnoha před-definovaných typů kroků (čekání i náhodný čas, náhodný výběr, nastavení aktuátoru, čtení senzoru, čekání na reakci / událost, podmínky, skoky, pozastavení, zápis do logu, ...). V nejjednodušším případě jsou stimuly pro testovaného zobrazeny na monitoru (např. texty, barvy, obrázky) a jeho odezva je detekována pomocí klávesnice (stisky číslic / písmen).

Pro komplexnější a přesnější testy (např. rychlost reakce, orientace v prostoru) lze využít externě připojitelná (USB/LAN) zařízení rozmístěná po stole či i vzdáleně v místnosti (stěny). Na ně je možno připojit mnoho typů aktuátorů vytvářejících reálné podněty pro testovaného (např. displeje, světla, zvuky) a/nebo senzory snímající jeho odezvy / reakce (např. tlačítka, čtečky kartiček, detekce pohybu / přiblížení). Platforma obsahuje mnoho před-definovaných typů aktuátorů / senzorů a vlastní lze samozřejmě doplnit podle potřeby příslušného testu.

Velkou výhodou platformy je schopnost vytvořit zcela (přehledný) textový záznam z průběhu testu v podstatě v libovolném formátu pro jeho další zpracování. Takto lze vytvořit třeba pouze tabulku obsahující časy od začátku testu, typy podnětů a reakce testovaného pro snadné zobrazení například přímo v EXCELU nebo i formou základního časového grafu. Vše, jak test, tak i záznam lze uložit, tedy kdykoli později opět načíst / použít a případně i jakkoli upravit podle aktuálního použití. Schopnosti této platformy se stále rozšiřují (nové typy kroků do testu, aktuátory/senzory). Záleží tedy pouze, jak sofistikovaný test je sestaven (posloupnost jeho kroků), případně jaké podněty jsou vloženy (obrázky, zvuky, ...).

**Klíčová slova:** stárnutí; kognitivní schopnosti; reakce a postřeh.

## VULNERABILNÍ VZTAHY MEZI PORUCHAMI AFEKTIVITY, KOGNICE A DIABETEM MELLITEM 2. TYPU: VÝSLEDKY MAPPING REVIEW

Dagmar Obšilová <sup>1</sup>, Milena Bretšnajdrová <sup>2</sup>, Kateřina Ivanová <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ústav veřejného zdravotnictví, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

<sup>2</sup> II. Interní klinika gastroenterologická a geriatrická Fakultní nemocnice Olomouc

[Malkova.dagmar@seznam.cz](mailto:Malkova.dagmar@seznam.cz)

Prevalence onemocnění diabetes mellitus 2. typu (DM2) má celosvětově narůstající charakter. S počtem případů, přesahujícím 430 milionů, se diabetes řadí mezi nejčastěji vyskytující se neinfekční choroby na světě, přičemž incidence onemocnění prudce narůstá u osob starších 65 let. Přírozené involuční procesy i komorbidity u seniorů mohou vést k výskytu tzv. geriatrických syndromů, které se významnou měrou podílí na terapii, prognóze i kvalitě života pacienta. Z posledních výzkumů vyplývá, že DM2 může hrát významnou roli při vzniku i prognóze geriatrických syndromů. Studie naznačují reciproční vztahy v etiologii i genezi mezi DM2, depresí a kognitivními poruchami.

Cílem prezentace je na základě mapping review (mapující přehledové studie) odhalit opakující se zjištění souvislosti DM2, kognitivních poruch a deprese jako geriatrických syndromů ve vztahu geneze i následků onemocnění.

Ke zpracování dat z odborných článků byla zvolena metoda mapping review, tj. analýza souboru odborných prací za vymezené období 2009-2019, včetně rešeršní strategie a přehledová tabulka těchto studií včetně jejich zkrácených výstupů a lokalizace, která v prezentaci bude uvedena také. Rovněž bude uvedeno grafické ztvárnění výsledků studií do systematických celků se znázorněním vzájemných vztahů.

Review odhalilo opakující se zjištění souvislosti DM2 a deprese ve vztahu geneze i následků onemocnění, přičemž obě zmiňovaná onemocnění pak mohou vést k poruchám kognice. Nerozpoznaná porucha kognice může naopak komplikovat terapii DM2 a vést k dekompenzaci tohoto onemocnění.

Popis a analýza vzájemných vztahů mezi DM2 a uvedenými geriatrickými syndromy, jak je zkoumána v uvedené literatuře, s cílem efektivní léčby deprese i kognitivního deficitu vede ke zlepšení compliance a adherence pacienta i samotné úpravě DM2. Tato forma sekundární prevence by mohla významně zvýšit kvalitu života seniorů.

**Klíčová slova:** geriatrické syndromy; vzájemná reciprocita; diabetes mellitus.

**Grantová podpora:** Příspěvek byl podpořen specifickým vysokoškolským výzkumným projektem IGA Univerzity Palackého v Olomouci č. IGA\_LF\_2022\_007 Chronická onemocnění a manifestace geriatrických syndromů v kontextu kvality života (RVO 61989592).

## TERRAPINO – NOVÁ APLIKACE V OBLASTI PREVENCE A VÝZKUMU ALZHEIMEROVY NEMOCI

Jan Pavlík, Tomáš Přáda

AlzheimerChain Foundation, s.r.o., Praha

[Jan.pavlik@alzheimerchain.com](mailto:Jan.pavlik@alzheimerchain.com)

Se stárnoucí populací stále přibývá více nových případů pacientů trpících Alzheimerovou nemocí. Alzheimerova nemoc představuje významnou zdravotní a socioekonomickou společenskou hrozbu. Každé 3 sekundy přibude globálně jeden pacient. Avšak počet nových případů v západním světě se zpomaluje. Není to z důvodu dostupné kauzální léčby, protože taková zatím není dostupná. Předpokládá se, že by se mohlo jednat o kombinaci protektivních faktorů, které nástup onemocnění oddalují. Jedná se kognitivní trénink, fyzickou aktivitu a celkově zdravý životní styl. V současné době nejsou k dispozici velká populační longitudinální data, která by tuto hypotézu potvrdila.

Nová aplikace Terrapino si klade za cíl hypotézu ověřit. Uživatelé aplikace jsou motivováni ke kombinaci fyzické aktivity a kognitivních cvičení. Data o jejich aktivitách se ukládají a následně je bude možno ve formě anonymizovaných souborů dat dále využít v rámci vědeckého výzkumu. Součástí aplikace je nové skóre pomocí kterého si může uživatel stanovit riziko rozvoje Alzheimerovy nemoci tzv. ARA skóre (*Alzheimer's Risk Assessment Score*). Uživatelé se v aplikaci dozví zajímavé informace o problematice ve formě článků, podcastů a video příspěvků. V budoucnu se bude aplikace rozvíjet směrem k telemedicínským modulům, včetně modulu pro klinické hodnocení nových léků.

**Klíčová slova:** Alzheimerova nemoc; prevence; aplikace; ARA skóre.

## VOLNOČASOVÉ AKTIVITY A SUPERAGING U ŽEN: PŘEDBĚŽNÁ DATA

Melisa Schneiderová, Hana Georgi

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

[melissaschneiderova@seznam.cz](mailto:melissaschneiderova@seznam.cz)

SuperAger je označení pro jedince v pokročilém věku s vynikajícími kognitivními schopnostmi, a tedy vyšší kognitivní rezervou. Na její tvorbě se podílí řada faktorů, mezi kterými se v literatuře uvádí i volnočasové aktivity. Do souvislosti s duševním zdravím a prevencí syndromu demence je dáván fyzický pohyb. Dosavadní studie uvádějí rozdíly mezi muži a ženami v prevalenci (více SuperAgerů je žen) i v neuroanatomii mozku.

Cílem příspěvku je zjistit, jakým volnočasovým aktivitám se v průběhu života nejčastěji věnovaly ženy, které byly fyzicky aktivní, a prozkoumat potencionální souvislost mezi nejčastěji zmiňovanými aktivitami a SuperAgingem.

Vzorek tvoří 77 kognitivně zdravých žen starších 80 let, které v průběhu života vykonávaly mírnou fyzickou aktivitu, alespoň třikrát týdně v celkovém trvání alespoň 150 minut. Na základě retrospektivního sebehodnocení byly získány údaje o duševních a fyzických volnočasových aktivitách prováděných ve věku od 30 dále v pětiletých intervalech. SuperAging byl definován podle kritérií Northwestern University SuperAging Programu.

Příspěvek představí předběžná data projektu Kognitivní SuperAging u fyzicky aktivních žen, který se zabývá souvislostí mezi životním stylem a SuperAgingem u seniorek.

**Klíčová slova:** zdravé stárnutí; životní styl; kognitivní schopnosti.

**Grantová podpora:** Studie je podpořena Grantovou agenturou ČR (GA22-24846S).

**Webová stránka projektu:** [www.superstarnuti.cz](http://www.superstarnuti.cz)

## **TÝRÁNÍ PACIENTA S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ: KOMENTÁŘ K PŘÍPADU Z ADVOKÁTNÍ PRAXE Z POHLEDU OCHRANY PACIENTSKÝCH PRÁV**

Barbora Steinlauf

Advokátka se specializací na zdravotnické právo,  
vědecký pracovník Ústavu aplikované filosofie a etiky Filosofického ústavu AV ČR

[advokat@barborasteinlauf.cz](mailto:advokat@barborasteinlauf.cz)

Přihlašovaný příspěvek je kazuistickou analýzou reálného případu z advokátní praxe. Případ se týkal pacientky s Alzheimerovou nemocí pobývající v domově se zvláštním režimem specializovaným na péči o pacienty s Alzheimerem. Kromě pacientky v případě figurovaly dcery, které za pacientku řešily některé záležitosti, včetně záležitostí právních. Dcery pojalý podezření, že je jejich matka v zařízení týrána nejméně jedním z pečovateli. Do pokoje matky proto umístily skrytou kameru. Kamera zachytila téměř každodenní psychické a fyzické trýznění pacientky ze strany dvou pečovateli, včetně vulgárních nadávek, posměšků, necitlivého zacházení při provádění hygieny a fyzického násilí. Dcery situaci řešily umístěním matky v jiném zařízení a podáním trestního oznámení. Další procesní postup řešily ve spolupráci s advokátem.

Cílem příspěvku je identifikovat právní témata řešeného případu, včetně práva pacienta na důstojné zacházení, problematiku právního zastoupení pacienta s Alzheimerem, otázku procesních postupů v situaci týrání pacienta apod., k tématům nabídnout právní komentář a společně s ním upozornit na překážky, které v řešení případu mohou vznikat.

**Klíčová slova:** týrání svěřené osoby; ochrana patientských práv; opatrovnictví.

## VYUŽITÍ VIRTUÁLNÍ REALITY (NEJEN) V DOMOVECH PRO SENIORY

Věra Suchomelová <sup>1</sup>, Renata Tetourová <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Teologická fakulta Jihočeské univerzity, Kněžská 8, 370 01 České Budějovice

<sup>2</sup> Domov pro seniory Dobrá Voda Pod Lesem 1362/16, 373 16 Dobrá Voda u Českých Budějovic

[suchomelova@tf.jcu.cz](mailto:suchomelova@tf.jcu.cz)

Význam využití virtuální reality, podobně jako dalších „smart“ technologií posilujících mentální a fyzickou kondici seniorů, vzrostl zejména v souvislosti s uzavřením geriatrických zařízení během pandemie COVID-19. Dostupnost virtuálních zážitků, pestřejší komerční nabídka, ale také rostoucí digitální gramotnost koncových uživatelů umožňuje mnoha domovům pro seniory nabízet zážitky ve virtuální realitě jako alternativu k tradičním aktivizačním činnostem. Potenciál této technologie pro zlepšení kvality života seniorů dokládají současné i zahraniční studie. Naplnění tohoto potenciálu nicméně vyžaduje koncepční přístup k virtuálním zážitkům, které musí zapadat do stávajícího aktivizačního konceptu a filozofie domova pro seniory.

Příspěvek představuje metodiku využití virtuální reality, která je jedním z hlavních výsledků projektu VIREAS (Virtuální realita v aktivizaci seniorů). Metodika vznikla v souvislosti s výzkumem a vývojem sady virtuálních zážitků využitelných zejména v domovech pro seniory. Na základě testování virtuálních zážitků seniory i aktivizačními pracovníky jsme definovali oblasti, které jsou pro využití virtuální reality jako smysluplné aktivizační činnosti podstatné.

Metodika se věnuje jak technickému řešení využití virtuální reality, tak aspektům kvality virtuálního zážitku. Uvádí postupy, které zvyšují benefity a eliminují rizika a limity této metody. Objasňuje, jaké aspekty virtuálního zážitku jsou důležité pro starší uživatele s různým typem zdravotních obtíží, zaměřuje se na obsah a formu zážitku a provádí aktivizační pracovníky komunikací se seniorem od pozvání k virtuálnímu zážitku po jeho ukončení. V závěrečné části přináší praktické příklady využití virtuálního zážitku v trénování paměti či reminiscenci, doplněné pracovními listy. Smyslem metodiky je pomoci geriatrickým zařízením využít virtuální zážitky tak, aby neuzavíral seniora „ve virtuální světě“, ale posílil jeho sociální kontakty.

**Klíčová slova:** metodika; virtuální realita; senioři; domovy pro seniory; aktivizační pracovníci.

**Grantová podpora:** projekt TL02000344 VIREAS „Virtuální realita v aktivizaci seniorů“ podpořen TA ČR v rámci programu Éta. Republic.

## CO TRÁPÍ LIDI VE VZTAZÍCH V POZDĚJŠÍM VĚKU? KVALITATIVNÍ STUDIE DOTAZŮ ZVEŘEJNĚNÝCH NA PORADENSKÝCH WEBECH

Stanislav Svačina, Anna Ševčíková

Institut pro psychologický výzkum, Brno

[stan.svacinka@gmail.com](mailto:stan.svacinka@gmail.com)

Nárůst šedé rozvodovosti v posledních letech vedl výzkumníky k tomu, aby zkoumali povahu vztahových problémů v pozdějším věku. Tato oblast zůstává nedostatečně prozkoumána ve srovnání s tím, co víme o konfliktech mezi páry v mladším a středním věku.

V této studii jsme provedli kvalitativní obsahovou analýzu 225 dotazů týkajících se vztahů zveřejněných na českých poradenských webech, aby studovala potíže a druhy stresorů, se kterými se starší lidé ve svých vztazích setkávají. Dotazy v analýze zahrnovaly pouze ty, které se (1) týkaly témat a problémů souvisejících s partnerstvím, (2) byly zaslány jedním z partnerů ve vztahu a (3) kde byl alespoň z partnerů ve věku 60 a více let. Induktivní tematická analýza identifikovala čtyři hlavní vztahové problémy: (i) nevěra a žárlivost; (ii) odcizení a ochlazení vztahu; (iii) změny osobnosti; a (iv) nemoci a somatické problémy. Kromě toho existovala tři opakující se témata, která zvládnutí problémů ztěžovala a která byla specifická pro starší věk: (a) nedostatek norem pro lidi v této věkové skupině; b) nedostatek zdrojů k řešení těchto problémů; a (c) osobní úvaha nad zbývajícím časem a nad časem již investovaným do vztahu.

Tato studie zjistila, že ačkoli lidé v našem vzorku často řešili podobné problémy ve vztazích jako lidé v mladších věkových skupinách, jejich schopnost zvládat a realizovat řešení byla komplikována věkovými faktory, které je vedly k vyhledání pomoci.

**Klíčová slova:** vztahy ve starším věku; online poradenství; partnerské problémy.

**Grantová podpora:** Proměny partnerských vztahů ve starším věku, GA20-25752S.



## POHYBOVÁ REHABILITACE NA REKONDIČNÍCH KURZECH PRO SENIORY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Jitka Vařeková

Fakulta tělesné výchovy a sportu Univerzita Karlova, Praha

[Varekova.j@seznam.cz](mailto:Varekova.j@seznam.cz)

Rekondiční (též psychorehabilitační) kurzy či pobyty pro jedince se zdravotním postižením (ZP) jsou obvykle týdenní akce pořádané každoročně organizacemi sdružujícími osoby s různými typy postižení či onemocnění. Program podporuje ucelenou rehabilitaci a zaměřuje se zejména na složky sociální (informace, podpora sociální participace) a zdravotní (cvičení, psychologické aspekty, zdravotní přednášky, trénink paměti). U pobytů pro jedince s neuromuskulárními chorobami ve vyšším věku je nezbytné přizpůsobit pohybový program.

Metodou kvalitativního výzkumu byla zkoumána specifika pohybové rehabilitace na rekondičním kurzu pro jedince se ZP (roztroušená skleróza, muskulární dystrofie, míšní léze, mozková obrna) ve vyšším věku.

Základem pohybové rehabilitace na kurzu je zdravotní cvičení realizované 3x denně 30 minut. Respektuje tzv. Pět pilířů prevence pohybových poruch neboli práci s pohybem, posturou, dechem, vnímáním a myslí. Využívána je celá škála nástrojů z oblasti zdravotní tělesné výchovy, jak ty tradiční (např. inspirace jógou), tak i moderní (cvičení na neurovývojových principech). Kombinace faktorů věku a zdravotního postižení klade specifické nároky na realizaci pohybového programu. Ten dále zahrnuje: taneční večery, orientační závod po okolí, celotýdenní hry po týmech.

**Klíčová slova:** pohybová aktivita; zdraví; stárnutí; zdravotní postižení; zdravotní tělesná výchova.

**Grantová podpora:** Cooperatio v rámci Univerzity Karlovy, Fakulty tělesné výchovy a sportu.

## TÝRÁNÍ, ZNEUŽÍVÁNÍ, ŠPATNÉ ZACHÁZENÍ A PODRÝVÁNÍ DŮSTOJNOSTI SENIORŮ V ČR: PRVNÍ VÝSLEDKY REPREZENTATIVNÍ STUDIE

Lucie Vidovičová, Klára Reimerová

Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Brno

[vidovicova@fss.muni.cz](mailto:vidovicova@fss.muni.cz)

Problém týrání, zneužívání, špatného zacházení a podrývání důstojnosti seniorů (dále též jako EAN) je považováno za jeden z klíčových bodů lidskoprávní agendy v oblasti seniorské politiky. Se zvyšujícím se podílem seniorů a seniorek v globálních populacích roste také obava, že se stále nedaří dostatečně ochránit tuto potenciálně zranitelnou skupinu před multikauzálním syndromem jakým EAN je. Prvním krokem k hledání řešení je zjištění prevalence fenoménu a jeho projevů.

První studií s touto ambicí v ČR je prevalence studie „RESTABUS“ mezi seniory a seniorkami žijícímu v domácím prostředí. Kvótní sběr dat v reprezentativním vzorku populace 65+ v celkovém počtu 2687 respondentů a respondentek informuje o EAN na základě adaptovaného mezinárodního dotazníku AVOW (Abuse and Violence against Older Women). Vedle samotného výskytu různých typů násilí se dotazník věnoval také osobě páchající násilí, pocíťovaným dopadům EAN, jejich dlouhodobosti, spokojenost s obdrženou pomocí, zkušenosti násilí mimo prostor domova, potenciální akceptaci přístupů restorativní justice jako možné podpory řešení EAN, a v neposlední řadě také zkušenosti s násilím a těžkostmi v raných fázích života respondentů/ek.

První výsledky naznačují, že s nějakou formou EAN se jako oběti doma či ve veřejném prostoru a/nebo jako svědkové setkala téměř 40 % dotázaných, prevalence variuje od jednotek procent (sexuální a lékové násilí) po 15 % (podrývání důstojnosti). Jen malá část činů je někomu nahlášena, a tato hlášení, bohužel, nevedou vždy ke zlepšení situace. Kolem 30 % dotázaných pak vyjadřuje zájem mít možnost vyzkoušet přístupy restorativní justice, včetně bezpečného dialogu s „pachateli“. V příspěvku se dále věnujeme vybraným bodům, které volají po nutnosti interdisciplinárních a vícezdrojových řešení, včetně zvyšování povědomí nejen o samotném problému EAN, ale i praktických aspektech dosud dostupných řešeních.

**Klíčová slova:** EAN; oběti; raná traumata.

**Grantová podpora:** RESTABUS „Inovativní cesty definice, měření prevalence a řešení seniorského abusu v ČR (včetně přenosu mezinárodních postupů dobré praxe)“ je projekt podporovaný Technologickou agenturou ČR v rámci programu Éta (TL05000516).

**KOGNICE VE STÁŘÍ:  
JAK POZNAT, ŽE STÁRNEME NORMÁLNĚ A JAK STÁRNOUT ÚSPĚŠNĚ**

Martin Vyhnálek

Kognitivní centrum, Neurologická klinika 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
a Fakultní nemocnice v Motole, Česká republika

[martin.vyhnalek@fnmotol.cz](mailto:martin.vyhnalek@fnmotol.cz)

Přirozené stárnutí je spojeno s určitým úbytkem kognitivních funkcí, který nevede k poruše soběstačnosti, nicméně může mít důsledky na komplexní denní aktivity. V přednášce popisují tyto změny kognice a jejich příčiny. Vysvětlují současné možnosti odlišení stárnutí fyziologického od stárnutí patologického při Alzheimerově nemoci pomocí neuropsychologických metod i biomarkerů a shrnují možnosti prevence patologického stárnutí a zhoršování kognice ve stáří.

**Klíčová slova:** subjektivní kognitivní stížnosti; paměť; biomarkery; Alzheimerova choroba; neuropsychologie.

**Grantová podpora:** Podpořeno Grantovou agenturou ČR, GAČR č. 22-33968S1, Program EXCELES, ID: LX22NPO5107 – Financováno Evropskou unií – Next Generation EU a projektem EAA-Norské fondy a TACR - TO01000215.

## SYMETRIE CHŮZE AKTIVNÍCH SENIORŮ PŘI RŮZNÝCH RYCHLOSTECH

František Zahálka, Tomáš Malý, Tomáš Gryc, Mikuláš Hank

Laboratoř sportovní motoriky, Fakulta tělesné výchovy a sportu, Univerzita Karlova

[zahalka@ftvs.cuni.cz](mailto:zahalka@ftvs.cuni.cz)

Cílem studie bylo evaluovat a porovnat symetrii chůze u skupiny aktivních seniorů během různých rychlostí chůze a objektivizovat, zda dochází ke zvyšování asymetrie s narůstajícím věkem a se změnou rychlosti. Chůze je nejběžnější lidská lokomoce a je velmi důležitou součástí soběstačnosti a pro udržování zdraví a kondice. Demografické prognózy odhadují, že 33 % světové a 46 % západní populace bude na konci roku v roce 2050 ve věku nad 60 let. Chůze je symetrická činnost zapojující především dolní končetiny, ale je do ní zapojen i trup a pochopitelně i horní končetiny. Jedním ze základních variabilních parametrů určujících chůzi, je rychlost chůze. Rychlost chůze je vysoce individuální a zdravý člověk se na změnu rychlosti chůze bez problému adaptuje. Lze předpokládat, že s narůstajícím věkem adaptabilita na změny rychlosti chůze klesá, což se může projevit především ve změně jednotlivých parametrů projevů symetrie lokomoce.

Studie se zúčastnila skupina aktivních seniorů ( $n=38$ ; věk= $72,13 \pm 4,56$  roku, 32 žen a 6 mužů). Skupina byla rozdělena na dvě části (G1 Group 1 a G2 Group 2) podle věku na mladší (G1 < 70 let,  $n=16$ ; G2 > 70 let,  $n=22$ ). Pro evaluaci chůze byl použit ergometr HP Cosmos se silovými deskami Arsalis, které měří parametry inverzní dynamiky. Měřené osoby absolvovaly chůzi při stanovených rychlostech 3 km/h, 4 km/h, 5 km/h. Každá osoba absolvovala kontinuální záznam 10 s, z něhož byly vypočítány průměrné hodnoty a směrodatné odchylky všech základních silových a časových parametrů chůze a ty byly dány do vzájemného poměru mezi pravou a levou dolní končetinou jako index symetrie (SI *symetry index*). Jednalo se o špičkovou dopadovou sílu (LPF *Loading Peak Force*), odrazovou špičkovou sílu (POPF *Push-Off Peak Force*), trvání kroku (SD *Steep Duration*) a délka kroku (SL *Step Length*).

Zjistili jsme významné rozdíly SI mezi porovnávanými skupinami v LPF ( $F_{2,72} = 4,89$ ,  $p = 0,03$ ,  $\eta^2_p = 0,12$ ), POPF ( $F_{2,72} = 5,347$ ,  $p = 0,03$ ,  $\eta^2_p = 0,13$ ), MSF ( $F_{2,72} = 6,35$ ,  $p = 0,02$ ,  $\eta^2_p = 0,15$ ), SD ( $F_{2,72} = 4,41$ ,  $p = 0,04$ ,  $\eta^2_p = 0,11$ ) a FA ( $F_{2,72} = 6,65$ ,  $p = 0,01$ ,  $\eta^2_p = 0,15$ ). G1 měla nižší SI v nejvyšší rychlosti ve srovnání s G2 ( $0,88 \pm 0,81$  % vs.  $1,91 \pm 1,38$  %,  $F_{1,37} = 7,19$ ,  $p = 0,01$ ). G1 měla nižší SI POPF při nejnižší rychlosti chůze než G2 ( $1,00 \pm 0,89$  % vs.  $1,91 \pm 1,60$  %,  $F_{1,37} = 4,187$ ,  $p = 0,048$ ) a také SL při rychlosti 4 km/h ( $1,56 \pm 1,03$  % vs.  $2,86 \pm 1,98$  %,  $F_{1,37} = 5,73$ ,  $p = 0,02$ ). Se zvyšující se rychlostí chůze jsme zjistili signifikantní pokles SL u celé skupiny (rychlost 3 km/hod:  $4,00 \pm 2,87$  %, rychlost 4:  $2,32 \pm 1,76$  % a rychlost 5 km/hod:  $F_{2,72} = 18,64$ ,  $p = 0,001$ ,  $\eta^2_p = 0,34$ ), mezi skupinami a rychlostí chůze byl zjištěn jeden interakční efekt u LR ( $F_{2,72} = 3,46$ ,  $p = 0,04$ ,  $\eta^2_p = 0,09$ ).

**Závěry:** Studie prokázala významné rozdíly sledovaných parametrů mezi porovnávanými skupinami. Se zvyšující se rychlostí chůze jsme zjistili signifikantní pokles délky kroku u celé skupiny. Z hlediska intervenčních možností se ukazuje potřeba, aby se senioři snažili během pohybových aktivit měnit rychlost chůze, a tím zvyšovat adaptibilitu na pohybový stereotyp.

**Klíčová slova:** stárnutí; variabilita chůze; časoprostorové charakteristiky.

**Grantová podpora:** UNCE HUM032

## VYBRANÉ PSYCHOMETRICKÉ CHARAKTERISTIKY DOTAZNÍKU SUBJEKTIVNÍCH ZMĚN KOGNITIVNÍ VÝKONNOSTI U STARŠÍCH OSOB V RIZIKU ROZVOJE SYNDROMU DEMENCE

Terezie Zuntychová, Martin Vyhnálek, Jakub Hort, Hana Horáková

Kognitivní centrum, Neurologická klinika 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
a Fakultní nemocnice v Motole, Česká republika

[terezie.zuntychova@email.cz](mailto:terezie.zuntychova@email.cz)

Subjektivní kognitivní stížnosti (SKS) u starších osob představují jeden z časných kognitivních markerů Alzheimerovy nemoci (AN). Pacienti s nově vzniklými stížnostmi a normálními výsledky neuropsychologického vyšetření se označují jako osoby se subjektivním kognitivním poklesem (SCD). V současné době neexistuje žádný doporučený zlatý standard k hodnocení SKS. Se záměrem identifikovat osoby v riziku rozvoje AN jsme sestavili Dotazník subjektivních změn kognitivní výkonnosti (SCC-Q). Cílem studie bylo identifikovat položky asociované s kognitivní výkonností.

Celkem 211 osob bez syndromu demence starších 55 let z České studie stárnutí mozku (CBAS; Czech Brain Ageing Study), podstoupilo komplexní neuropsychologické vyšetření, na základě kterého byly klasifikovány do dvou skupin: pacienti s amnestickou mírnou kognitivní poruchou ( $n = 88$ ) a s SCD ( $n = 88$ ). Dále jsme zahrnuli kognitivně zdravé dobrovolníky bez SKS ( $n = 35$ ). Všichni účastníci vyplnili 26-položkový dotazník SCC-Q. Otázky cílí na změnu v kognitivních schopnostech pokrývající následující kognitivní domény: paměť; pozornost a pracovní paměť; exekutivní funkce; fatické funkce; zrakově-prostorové funkce. Prozkoumání struktury SCC-Q proběhlo pomocí analýzy hlavních komponent. Kognitivní výkonnost byla vyjádřena formou doménových skóre.

Položková analýza prokázala, že všechny zařazené položky jsou vysoce reliabilní (McDonaldova  $\Omega > 0,9$ ; Cronbachova  $\alpha > 0,9$ ). Identifikovali jsme čtyři komponenty a prokázali jsme jejich asociaci se základními kognitivními doménami. SCC-Q má potenciál stát se užitečnou metodou pro klinickou praxi při identifikaci osob v riziku rozvoje kognitivního deficitu. Diskutujeme navazující postupy k ověření validity dotazníku.

**Klíčová slova:** subjektivní kognitivní stížnosti; riziko rozvoje demence; kognitivní poruchy; neuropsychologie.

**Grantová podpora:** Podpořeno Grantovou agenturou ČR, GAČR č. 22-33968S; Program EXCELES, ID: LX22NPO5107 – Financováno Evropskou unií – Next Generation EU a projektem EAA-Norské fondy a TACR - T001000215.

# POSTERY

## AUTOMATIZOVANÁ ANALÝZA POPISU OBRÁZKU U PACIENTOV S MCI

Petra Brandoburová<sup>1,2</sup>, Daniela Turoňová<sup>1</sup>, Simona Krakovská<sup>1,2</sup>, Viktória Kevická<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Katedra psychológie Filozofickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, Slovensko

<sup>2</sup> Centrum MEMORY n.o., Bratislava, Slovensko

<sup>3</sup> Katedra logopédie Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, Slovensko

<sup>4</sup> Ústav informatiky Slovenskej Akadémie Vied, Slovensko

[petra.brandoburova@uniba.sk](mailto:petra.brandoburova@uniba.sk)

Kognitívno-komunikačné poruchy u pacientov s demenciou rôzneho stupňa pri Alzheimerovej chorobe v slovenskom jazyku boli popísané. Nateraz menej objasnenou je ich podoba v štádiu miernej kognitívnej poruchy. Súčasná neuropsychologická diagnostika sa inovuje obohatením o nové telemedicínske postupy, vrátane implementácie digitálnych technológií. Automatizovaná analýza rečových nahrávok môže potenciálne priniesť nové kognitívne biomarkery, senzitivne na záchyt zmien v kognícii. Deficit v reči predstavuje jeden z prvých prejavov poklesu kognitívnych schopností spojených s MCI. Možno ho pripísať problémom v oblasti exekutívnej pozornosti, pamäte a exekutívnych funkcií vôbec. Tento pokles sa môže prejaviť vo verbálnej fluencii (napr. v rýchlosti verbálnej produkcie a zvýšeného výskytu prestávok v reči), ale aj v štruktúre viet (napr. používaní podstatných mien, sloviac a pod. ktoré môže byť znížené). Naším cieľom bolo testovať možnosti klasifikácie pacientov s MCI na základe transkripcie hlasových nahrávok ich reči.

Výskumný výber tvorilo 29 pacientov s diagnózou MCI a 29 participantov zaradených do kontrolnej skupiny. Matching kontrolnej a klinickej skupiny bol realizovaný na základe pohlavia, veku (+-4 rokov) a vzdelania. Do výberu bolo zaradených 34 žien vo veku 76.5 rokov (SD = 7,4) a 24 mužov vo veku 78.3 rokov (SD = 5,3). Analyzovaná bola transkripcia hlasových nahrávok verbálnej produkcie participantov nahratých pomocou vyvíjanej mobilnej aplikácie pri popise 5 odlišných obrázkov. Líšili sa percepčne, komplexnosťou zobrazovaných scén aj časovým limitom (30 vs. 90 sekúnd) pre odpoveď.

Priemerná dĺžka produkcie reči pacientov s MCI bola pri všetkých podnetoch významne kratšia ako v kontrolnej skupine (štatistická významnosť sa pohybovala v rozsahu <0,001 až 0,024). Pacienti s MCI produkovali celkovo menej slov ( $p = 0,004$ ,  $d' = 0,78$ ) a špecificky významne menej sloviac ( $p = 0,005$ ,  $d' = -0,774$ ) a podstatných mien ( $p = 0,011$ ,  $d' = -0,693$ ) ako kontrolná skupina. Charakteristiky reči (priemerná dĺžka reči, priemerná produkcia slov a početnosť podstatných mien) v rámci LR modelu ( $\chi^2(3) = 18,2$ ,  $p < 0,001$ ) úspešne klasifikovali klinickú (75.9% úspešnosť) a kontrolnú (72.4% úspešnosť) vzorku s celkovou úspešnosťou modelu 80.9%. K predikcii najvýznamnejšie prispela priemerná dĺžka reči.

Naše závery naznačujú, že lingvistické markery merané automatizovaným spôsobom majú potenciál prispieť k diagnostike MCI.

**Kľúčová slova:** popis obrázku; mierna kognitívna porucha; rečová nahrávka; automatizovaná analýza.

**Grantová podpora:** Tento príspevok bol podporený Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na Základe zmluvy č. APVV-21-0373.

## VÝZNAM KNIHY V SENIORSKÉM VĚKU

Zdeňka Braumová, Pavel Kliment

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky, Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická,  
Technická univerzita v Liberci

[zdenka.braumova@tul.cz](mailto:zdenka.braumova@tul.cz)

Stáří a stárnutí v životě každého jedince může být provázeno nejistotami, někdy až utrpením. Společnost mnohdy stereotypně pohlíží na seniory ve smyslu jisté generalizace jejich žití. Senior je ovšem jedinečný ve svých hodnotách, potřebách, úkolech, nahlížení na druhé, sebe. Subjektivní pojetí kvality života je zřejmé. Podíváme-li se ovšem na seniora a specifika jeho života, vývojových úkolů, činů, nemůžeme si nevšimnout, že mnohdy dochází k jisté ztrátě životního smyslu. Na čem je založena jeho kvalita života, co je pro jedince životní spokojenost, smysluplnost žití? Co ovlivňuje kvalitu žití ve stáří? Může být kniha, literatura, tím, co určitým způsobem zkvalitňuje seniorské žití? Má významné postavení v každodenním žití seniora? Jakou úlohu plní, jaké texty senior vybírá? Může člověk ve stáří díky knize nacházet a prohlubovat vlastní spokojenost? Plní kniha terapeutický, sociální, seberozvojový úkol?

Cílem příspěvku je hledat spolu se seniory význam knihy v jejich životech, ukazovat, zda a proč napomáhá při nalézání životního smyslu. Základem designu uvedeného výzkumu je hledání odpovědi na otázku: *Jaký význam má kniha, její čtení nebo předčítání, pro seniora?* Uskutečnilo se 9 polostrukturovaných hloubkových rozhovorů, s muži a ženami ve věkovém rozpětí 70–91 let, s prvky narace (biografie). Tematická analýza rozhovorů směřovala ke zjištění, jaký význam přisuzují senioři knize, co od knihy očekávají a jakými faktory jsou očekávání podmíněna. Kniha byla sledována zejména v biografickém (psychologickém) a sociálním kontextu, její postavení v životě seniora bylo potvrzeno jako nadměru významné.

**Klíčová slova:** senior; stáří, kniha; kvalita života; životní smysl.



## SUBJEKTÍVNY KOGNITÍVNY POKLES V KONTEXTE AFEKTÍVNYCH A OSOBNOSTNÝCH FAKTOROV

Simona Krakovská <sup>1,2</sup>, Petra Brandoburová <sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Centrum MEMORY, n.o, Bratislava, Slovensko

<sup>2</sup> Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita Komenského, Bratislava, Slovensko

<sup>3</sup> II. Neurologická klinika Lekárskej fakulty UK, Univerzitná nemocnica Bratislava, Slovensko

[simona@krakovska.sk](mailto:simona@krakovska.sk)

Subjektívne sťažnosti na zhoršovanie kognitívnych funkcií vznikajú v priebehu života z rôznych dôvodov a nemusia byť vždy objektivizované v neuropsychologickom vyšetrení. Subjektívny kognitívny pokles je skúmaný ako potenciálny indikátor budúceho nenormatívneho kognitívneho výkonu z dôvodu neurodegeneratívneho ochorenia. Jeho etiológia je heterogénna a okrem somatických ochorení môže súvisieť aj s afektívnymi a osobnostnými faktormi.

Ciele: Preskúmať typ subjektívnych kognitívnych sťažností u ľudí so subjektívnym kognitívnym poklesom a u ľudí s miernou kognitívnou poruchou, a ich súvislosť s vybranými nekognitívnymi faktormi – depresívnou a úzkostnou symptomatikou, prežívaným stresom a pamäťovým perfekcionizmom ako osobnostnou črtou.

Pacienti pamäťovej kliniky boli vyšetrení neuropsychologickou batériou metód zameranou na posúdenie objektívneho kognitívneho výkonu, subjektívnych kognitívnych sťažností, úzkostných a depresívnych symptómov, stresu a pamäťového perfekcionizmu. Do analýzy boli zahrnutí účastníci so subjektívnym kognitívnym poklesom (N = 25) a miernou kognitívnou poruchou (N = 15).

Celková úroveň subjektívnych kognitívnych sťažností súvisí s depresívnym a úzkostným prežívaním, nie však s úrovňou stresu a pamäťového perfekcionizmu. V závislosti od stupňa kognitívneho poklesu a rôznej miery vybraných nekognitívnych charakteristík, existuje značná heterogenita v špecifických referovaných sťažnostiach. S objektívnym kognitívnym poklesom najviac súviseli sťažnosti na obmedzenie denných aktivít, s depresívnymi a úzkostnými symptómami zase sťažnosti na zmenu povahy. Ľudia s vyššou úrovňou stresu sa sťažovali najmä na zmenu pamäti v čase, zatiaľ čo ľudia s vyšším pamäťovým perfekcionizmom majú tendenciu vnímať svoju pamäť ako horšiu v porovnaní s inými ľuďmi.

Výsledky poukazujú na dôležitosť analýzy charakteru subjektívnych kognitívnych sťažností, ktorá môže pomôcť určiť možnú príčinu ich vzniku a tak podporiť personalizovanú psychologickú starostlivosť.

**Kľúčová slova:** subjektívny kognitívny pokles; afektívne symptómy; pamäťový perfekcionizmus.

## ADHD V SENIORSKOM VEKU: POVAHA, ŠPECIFIKÁ, DOPADY

Lucie Vidovičová, Alexandra Snohová

Katedra sociologie Fakulty sociálních studií Masarykovy Univerzity, Brno

[alexandra.snohova@gmail.com](mailto:alexandra.snohova@gmail.com)

Tento příspěvek se venuje téme ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) u osob v seniorskom veku a predstavuje rôzne dimenzie tohto fenoménu zo sociologickej perspektívy. Chceme predstavíť a pomenovať rôzne oblasti, ktoré sa s ADHD vo vyššom veku poja, napríklad problematiku diagnostiky, v rámci ktorej sa symptómy ADHD môžu prekrývať s inými diagnózami či s prejavmi starnutia ako takými, čo môže viesť diagnostickej neistote prameniacej z veľkej časti aj z nízkej informovanosti o tomto fenoméne. Ďalej predstavíme problematiku liečby a jej prínosov a rizik u seniorov, či otázku genderu, ktorá hrá zásadnú rolu pri diagnostike a liečbe a taktiež určuje celkovú skúsenosť života s ADHD. Taktiež sa budeme venovať tomu, ako diagnostikované no najmä nediagnostikované či neskoro diagnostikované ADHD môže určovať životnú dráhu človeka, aké výzvy a dopady prináša práve pre život v seniorskom veku a čo môže do života ľudí priniesť vedomosť o diagnóze a s ňou prípadná podpora. V neposlednej rade sa dotkneme aj role, akú môže hrať ADHD v systéme poskytovania sociálnych a zdravotníckych služieb. Keďže ide o tému, ktorej sa v súčasnosti, na rozdiel od širokého poľa výskumu ADHD u detí a u mladých dospelých, nevenuje takmer žiadna pozornosť, tak hlavným cieľom tohto príspevku bude byť výzvou k skúmaniu povahy, špecifik a dopadov ADHD v neskorších životných fázach a u špecifickej generačnej skupiny, ktorá s objavovaním svojej „diagnózy“ ešte len začína.

**Klíčová slova:** porucha pozornosti a hyperaktivity; starnutie; neviditeľnosť v službách starostlivosti

**Grantová podpora:** Tento příspěvek byl podpořen projekty "Society in times of crisis: Anthropocene violence and its contemporary societal relevance" (MUNI/A/1474/2022) a v rámci NPO „Národní institut pro výzkum socioekonomických dopadů nemocí a systémových rizik,“ č. LX22NPO5101, financovaného Evropskou unií – Next Generation EU (MŠMT, NPO: EXCELES) interdisciplinárního dílčího projektu WP6 Efektivita zdravotního systému (<https://www.syri.cz/vyzkum/efektivita-zdravotniho-systemu>).

## AUTORSKÝ REJSTŘÍK – prezentující autoři

Brandoburová Petra .....	39, 41
Braumová Zdeňka .....	40
Bretšnajdrová Milena .....	27
Čepelka Oldřich .....	14
Brožová Monika .....	22
Dadřová Klára .....	12
Ferrarová Eva .....	15
Ferretti Maria Teresa.....	10
Georgi Hana.....	16
Hamerníková Petra.....	17
Háša Marek .....	12
Horáková Hana .....	18
Hort Jakub .....	11, 18
Hráský Pavel .....	41
Ivanová Kateřina.....	19
Jurašková Božena .....	20
Krakovská Simona .....	39, 41
Kroužková Tereza .....	15
Machová Markéta .....	22
Maslíková Veronika .....	23
Nedvěďová Světlana.....	24
Nikolai Tomáš .....	18, 25
Novák Petr .....	26
Obšilová Dagmar .....	27
Petrásek Tomáš .....	11
Pavlík Jan .....	28
Schneiderová Melisa .....	29
Snohová Alexandra .....	42
Steinlauf Barbora.....	30
Sucomelová Věra.....	31
Svačinka Stanislav.....	32
Tetourová Renata.....	31
Vařeková Jitka .....	33
Vidovičová Lucie .....	24, 34, 42
Vojtěchová Iveta .....	11
Vyhnálek Martin .....	18, 35, 37
Zahálka František .....	36
Zuntychová Terezie .....	37