



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



Ústav/klinika preventivního lékařství

**Eva Šťastná**

**Aktivní stáří a deprese**

*Active old age and depression*

*Diplomová práce*

Praha, prosinec 2009

Autor práce: Eva Šťastná

Studijní program: Všeobecné lékařství

Vedoucí práce: **MUDr. Jiřina Bártová Csc.**

Pracoviště vedoucího práce:

**Ústav obecné hygieny 3. LF UK**

Datum a rok obhajoby:

20.1.2010

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a uvedenou literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 30.prosince 2009

Eva Šťastná

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>4</b>
<b>1. STÁŘÍ</b> .....	<b>8</b>
DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE .....	8
<b>2. STÁRNUTÍ</b> .....	<b>10</b>
2.1 PŘÍZNAKY STÁRNUTÍ.....	11
<b>3. RIZIKA STÁŘÍ</b> .....	<b>13</b>
<b>4. AKTIVNÍ STÁŘÍ</b> .....	<b>15</b>
4.1 FYZICKÁ AKTIVITA.....	16
4.2 DUŠEVNÍ POHODA A ZDATNOST .....	17
4.3 VÝŽIVA .....	18
<b>5. DEPRESE</b> .....	<b>19</b>
5.1 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA DEPRESE: .....	20
5.2 VÝSKYT DEPRESÍ .....	20
5.3 PŘÍČINY DEPRESÍ .....	20
5.4 PŘÍZNAKY DEPRESE .....	21
<b>6. VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>23</b>
6.1 DOTAZNÍK.....	25
6.2 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ.....	29
<b>DISKUZE</b> .....	<b>49</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>53</b>
<b>SOUHRN</b> .....	<b>54</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>55</b>
<b>POUŽITÉ ZKRATKY</b> .....	<b>56</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>57</b>

# ÚVOD

## **Motto:**

**C. G. Jung (Výbor z díla) : Člověk by se jistě nedožíval sedmdesáti nebo osmdesáti let, kdyby tato dlouhověkost neodpovídala smyslu jeho biologického druhu. Proto také musí mít jeho životní odpoledne vlastní smysl a účel a nemůže být pouze ubohým přívěskem k dopoledni.**

**Smyslem životního rána je nepochybně rozvoj individua, jeho zasazení a rozmnožení ve vnějším světě a péče o potomstvo. To je zjevný přírodní účel. Ale když je tento účel naplněn, ba bohatě splněn, má vydělávání peněz, další dobývání a rozšiřování existence pokračovat stále proti veškerému rozumném uvažování? Ten, kdo zákon dopoledne, tedy přirozený účel, takovým způsobem zbytečně přesouvá do životního odpoledne, musí zaplatit duševní újmou, stejně jako mladý člověk, který si chce svůj dětský egoismus přesunovat do dospělého věku.**

Každá kultura, každá společnost v každé historické době má své vlastní pojetí a představu zdraví a nemoci, normality a patologie.

Proto bychom měli mít na paměti kulturní relativismus toho, co je normální.

Tak i pojem aktivní stáří.

Naše západní kultura je zaměřená na výkon a úspěch. Symboly úspěchu jsou silné auto, krásný dům, majetek, vedoucí postavení v zaměstnání, obdiv druhých, cesty do exotických krajů, exklusivní a výlučné sporty a koníčky...

Proto pro nás pojem „aktivní stáří“ někdy znamená představu staršího člověka provozujícího sjezdové lyžování, potápění, hrajícího squash, prohánějícího se v rychlém autě nebo žijícího intenzivním společenským životem. Tedy člověka, který má život zaplněný stejnými aktivitami jako v mladém věku a není třeba, aby se jich vzdával. Je na tom fyzicky stále dobře, vypadá zachovale, k čemuž mu mohou dopomoci větší či menší plastické úpravy, a iluze, že se vlastně nic nemění, je dokonalá.

Hodnotový žebříček naší společnosti k tomu ve své podstatě stárnoucího člověka tlačí. Tam, kde společnost odvozuje hodnotu člověka hlavně od jeho produkce a kupní síly, dojde samozřejmě poté, co člověk přestane pracovat, k tomu, že jeho hodnota pro společnost klesá. Tento přístup se někdy odráží i na úrovni rodinné, kdy stárnoucí člověk ztrácí hodnotu pro své blízké, jakmile přestane přinášet ekonomický užitek např. tím, že hlídá vnoučata či jinak rodině vypomáhá.

Materiální zaměření a utilitární pohled na člověka podporují také média. Reklamy jsou v drtivé většině zaměřené na lidi mladého věku. Vystupují v nich akční mladí lidé, kteří sportují, cestují, baví se a potřebují ke svému rychlému životnímu tempu rychlé auto a náročnou materiální výbavu. Média prezentují tyto skupiny obyvatel jako lidi, kteří jsou ve fázi života, která má smysl, a kteří nutně potřebují ten či onen produkt, aby mohli žít plně a užívat si život se vším co nabízí.

Pokud se objeví reklama pro starší ročníky, většinou vyznívá jako jakási charita: inkontinenční pomůcky, vitaminy a léky, či jiné potřeby, které mají tuto životní etapu prostě ulehčit.

Jelikož se západní kultura deklaruje jako demokratická a humanistická, snaží se starým lidem toto období zpříjemnit. Daří se to v různých zemích lépe či hůře, samozřejmě úměrně energii a finančním prostředkům, které je stát ochoten do svých stárnoucích občanů investovat.

Problém však není pouze demografický a ekonomický, jak investovat více prostředků do této stále početnější skupiny obyvatel tak, aby prožili důstojné stáří.

Problémem je především náš sociokulturní pohled na stáří jako na etapu života, která vlastně již nemá vlastní smysl a účel, jako na etapu života, kdy se pouze ztrácí kvality z doby předchozí. Z tohoto pohledu se pak nutně jedná o období politováníhodné a veškerá snaha společnosti bude vyznívat pouze jako více či méně úspěšná opatření jak toto trapné období překlenout.

Nebylo tomu tak vždy a všude.

Ve většině starých kultur mělo stáří svůj vlastní význam a funkci.

Např. podle staré indické tantrické nauky je život je rozdělen do etap po sedmi letech a každý tento úsek má svou náplň, kterou je potřeba zvládnout a

teprve pak lze harmonicky přejít do další životní etapy. Tyto sedmileté úseky jsou přiřazeny k jednotlivým čakrám a z nich vychází i jejich úkoly.

Čakry jsou popisovány jako energetická centra. Jejich existenci popisují podrobně nejen staré indické nauky, ale zrovna tak s nimi pracují šamani různých vzdálených kultur indiánských, afrických či eskymáckých a rozdíly v jejich pojetí a práci s těmito energetickými centry nejsou velké.

První životní úsek trvá od narození do 7 let a úkolem je dokončení inkarnace, vtělení.

Druhý úsek 7–14 let je spjat s posilováním první čakry, dítě řeší úkoly spojené se zabydlením se ve své vlastní existenci, v svém těle, bazální sebedůvěru, důvěru ve svět. Třetí úsek 21–28 let je obdobím rozvíjení 3. čakry, úkolem je budování a posilování vlastního ega a vlastní síly, zkoušení vlastních možností.

Čtvrtý úsek 28–36 let, je období 4. srdeční čakry, odpovídá založení rodiny, péči o potomstvo, tématům lásky a soucitu. Pátý životní úsek 35–42 let má jako úkol téma 5. čakry, to je nalezení vlastní autority. Čakra šestá, které se říká třetí oko, dává úkol etapě mezi 42–49 lety. Člověk už je ve fázi, kdy se oprostuje od ryze materiálních úkolů, kdy se učí vidět za povrch věcí, vidět jejich smysl, propojení, nikoli jen samotný jev. Osmá etapa 49–56 let odpovídá tématu 7. čakry, člověk si uvědomuje smysl života, 56–63 let je schopen pochopit smysl svého individuálního bytí tady na zemi a řešit úkol svého vtělení, mezi 63–70 rokem dochází k osobnímu osvobození a v období 70–77 let v souladu s tématem 10. čakry dochází v ideálním případě a pokud člověk úspěšně zvládl předcházející životní etapy, k osvícení.

Tato teorie vychází z předpokladu reinkarnace.

V původních indiánských společnostech byl život vnímán jako pohyb nikoli v lineárním čase, ale v kruhu. Starý člověk se pomalu vrací do bodu, odkud vyšel, přibližuje se tak zcela přirozeně v některých psychologických i fyzických kvalitách dětskému věku, což však není vnímáno jako involuce (tak se proces jeví v našem lineárním vnímání času), ale jako přirozené završení lidského životního cyklu.

Vlastně se zdá, že v dějinách lidstva je pohled naší kultury na lidské zrání a jeho poslední etapu – stáří pohledem spíše ojedinělým.

Když se nad tímto pojetím stáří zamyslíme, nabízí se otázka, zda a jak se toto odráží na psychice samotných starých lidí. I oni sami jsou produktem stejné kultury zaměřené na výkon a úspěch. S postupem času se stávají svědky svého vlastního „vyklizení pozic“. Často neradi opouštějí své pracovní místo, čímž zároveň odcházejí z kolektivu spolupracovníků, a lehce se mohou ocitnout v izolaci svého domu a rodiny (v lepším případě). Z dobře zajištěného a realizovaného člověka se jako mávnutím proutku může stát někdo, kdo každý měsíc napjatě čeká na nepříliš vysoký důchod, který mu sotva pokryje základní výdaje.

Mnoho lidí se tak dostává do situace, kdy se jejich pocit sebehodnoty může začít ztrácet. Pokud pod vlivem společnosti nevědomě odvozují svou cenu od výše zmíněných hodnot, pak, zdánlivě objektivně, již není na čem stavět. Problémem je, že společnost také takto často k seniorům přistupuje a ti pak musí svou hodnotu jako člověka obhájit nejen vůči sobě, ale také vůči ostatním.

Celý tento společenský postoj vede k tomu, že množství lidí ztrácí ve stáří pocit sebehodnoty, užitečnosti, naplnění a oprávněnosti vlastní existence.

S přibývajícím věkem výrazně roste počet osob trpících depresemi a víme, že ve věkové kategorii nad šedesát let trpí depresivním syndromem téměř každý čtvrtý senior.

Souvisí takto vysoký výskyt depresí s naším přístupem ke stáří?



# 1. STÁŘÍ

*Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfoložických, probíhajících druhově specifickou rychlostí výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp.*  
[2]

Podle Světové zdravotnické organizace rozlišujeme:

45–59 let – střední, nebo též zralý věk

60–74 let – vyšší věk, nebo také rané stáří

75–89 let – stařecký věk neboli senium (vlastní stáří)

90 let a výše – dlouhověkost

## DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zhruba od poloviny 20. století dochází k demografickému stárnutí společnosti.

*„Obyvatelstvo starší 65 let tvoří v současnosti jednu sedminu všech obyvatel, do roku 2050 by se podle střední varianty jeho podíl přiblížil až k jedné třetině. Rostoucí počty obyvatel ve vyšším a vysokém věku tak budou znamenat silné ekonomické zatížení obyvatelstva v produktivním věku. Vzroste i průměrný věk v populaci, do roku 2050 zhruba o 10 let, tj. na hodnotu 48–50 let.* [13]

*Z důvodu vyšší úrovně úmrtnosti u mužů, než u žen početně převažují ve starším věku ženy nad muži stejné věkové kategorie. S věkem tato převaha výrazně narůstá. Zatímco při narození je početní stav mužů větší než početní stav žen, tj. na 100 žen připadá zhruba 106 mužů, ve věkové skupině 60–69 let připadalo v roce 2003 na 100 mužů 119 žen, ve věkové skupině 70–79 let 157 žen a ve věkové skupině 80 a více let to byl už více než dvojnásobek, tj. 232 žen na 100 mužů.* [23]

Muži častěji umírají v důsledku úrazů a sebevražd. Nicméně i po očištění statistických údajů zůstává faktem, že se muži dožívají nižšího věku než ženy.

Obecně se tento rozdíl v dožití zdůvodňuje odlišnými genetickými dispozicemi, odlišnými biologickými faktory životního prostředí a odlišným způsobem života.

## 2. STÁRNUTÍ

Stárnutí lze definovat jako *zákonitou etapu vývoje jedince, kdy dochází k úbytku fyzických a psychických schopností (involuce)*. [14]

*Je také souhrnem procesů, které vedou k negativním změnám ve stavu a výkonnosti organismu a následně růstu rizika onemocnění a smrti.* [1]

Ačkoli léta přibývají každému stejně, změny, které stárnutí provázejí, se u každého člověka objevují jindy. Předpokládá se, že rychlost stárnutí závisí na několika faktorech.

Z 35 procent je rychlost stárnutí určována genetickou predispozicí. Na zbylých 65 procentech se výrazně podílejí faktory vnějšího prostředí jako zdravý životní styl, životní prostředí.

*Proces stárnutí je individuální a stav organismu je výsledkem společného působení vnějších vlivů, vývojových změn a výslednice přirozených destruktivních a reparačních procesů. Vývojové i reparační procesy jsou určeny genetickými vlastnostmi organismu a opět vnějšími podmínkami.* [1]

Můžeme tedy **rozlišit věk**:

- chronologický, neboli kalendářní, který je přesně určen datem narození
- biologický, neboli funkční, což je „stav organismu *korespondující se skutečným stupněm zestárnutí*“ [1]

## 2.1 PŘÍZNAKY STÁRNUTÍ

### **Psychické:**

Co se týká involučních změn v psychické oblasti, nejnápadnější je lehký úbytek všípivosti, psychomotorické zpomalení, sklon k úzkosti, nedůvěřivosti a k depresi.

Rovněž je typická povšechná rigidita, nechť ke změnám a jejich špatné snášení.

Známým fenoménem je vystupňování některých charakterových vlastností, které se v mládí tolik neprojevovaly. Nápadnějšími se stávají hlavně vlastnosti negativní. Tak se dříve šetrný člověk může stát lakomým, opatrný podezřavým, nesnášenlivý panovačným.

### **Fyzické:**

Fyzicky dochází během stárnutí organismu ke změnám prakticky ve všech tkáních těla.

Jedna z prvních oblastí, kde se stárnutí projeví, je kůže.

Postupně klesá elasticita a flexibilita a přibývá zvrásněné, volně visící kůže. Vzhledem ke snižujícímu se počtu potních žláz je kůže suchá a klesá její obranyschopnost. Rány se hojí pomalu a obtížněji a je větší riziko ekzémů, kožních infekcí a také vzniku kožních nádorů.

Vlasy šediví, svalová hmota je postupně nahrazována vazivem a tukovou tkání.

Významné změny prodělává pohybové ústrojí. Degenerativní změny kloubů v kombinaci se snižujícím se objemem svalstva vedou k omezené pohyblivosti. Chůze se zpomaluje a rozsah pohybů, stejně jako rychlost a obratnost jsou sníženy.

Poruchy kardiovaskulárního ústrojí jsou nejčastější příčinou úmrtí v ČR. Množství degenerativních změn postihujících srdce a cévní systém vede k závažným změnám. Krevní tlak stoupá, srdce se hůře adaptuje na zátěž. Mohou se objevit sklony k bradykardii či diastolickému typu srdečního selhávání.

Může být alterována funkce imunitního systému, což vede k těžším průběhům infekčních chorob.

Postižen je i systém nervový. Dochází ke zpomalení vedení nervového vzruchu. Mozek atrofuje a celková vulnerabilita systému stoupá.

Prodlužuje se tak reakční doba, zhoršuje se pohybová koordinace.

Zhoršuje se funkce smyslových orgánů. Častá je percepční nedoslýchavost a postiženo je především vnímání vyšších zvukových frekvencí.

Snižuje se ostrost vidění, zhoršuje se adaptace na světlo a tmu i barvocit. Vyvíjí se stařecká dalekozrakost neboli presbyopie.

Snižuje se kostní hustota a často se rozvíjí osteoporóza.

Dále jsou postiženy systémy endokrinní, respirační, vylučovací, trávicí, dále metabolismus a celková fyziologická regulace organismu.

Uvedené poruchy jsou ve stáří časté, ale nedochází k nim vždy a u každého. Degenerativní změny a opotřebenění probíhají různou rychlostí, která výrazně závisí na faktorech životního prostředí a stylu a genetických dispozicích jedince.

V normálním stáří se vyskytují nejen změny involuční a chorobné, ale vyskytují se i pozitivní jevy.

Často se zvyšuje vytrvalost, trpělivost a soudnost. Zlepšuje se rozvaha a úsudek, protože intelektuální kapacita zůstává zachována a navíc k ní přistupuje určitý nadhled, získaný dlouholetými zkušenostmi a jinou hierarchií hodnot.

Vzniká také méně některých chorobných stavů, jak třeba psychosomatických poruch, neuróz, některých infekcí nebo alergií.

### 3. RIZIKA STÁŘÍ

U starých lidí výrazně stoupá morbidita. K chorobám na věku nezávislým, či začínajícím už v mládí (např. diabetes mellitus I. typu), se přidává množství chorob, které jsou sice na věku nezávislé, ale starý organismus je k nim podstatně náchylnější.

Degenerativní procesy mohou vést ke vzniku chorob z „opotřebení“ (např. artróza), které se obvykle objevují až ve vyšším věku.

Častá je polymorbidita. Není výjimkou diagnostikovat u starého člověka i deset různých chorob.

Každé onemocnění omezuje vlastní soběstačnost, a pokud dojde, byť i ke krátkému, upoutání na lůžko, dochází k rozvoji imobilizačního syndromu.

Jakmile dojde k omezení pohyblivosti seniora, hrozí v horizontu dnů až týdnů tak výrazný pokles svalové síly a celkové fyzické kondice, že i běžné denní aktivity v rámci zachování soběstačnosti se mohou dostat za hranice možností.

Upoutání na lůžko může brzy vést k rozvoji proleženin, flekčních kontraktur, zpomalení krevního oběhu s rizikem tromboembolie a hypoventilace s hrozící pneumonií.

Rovněž riziko úrazů u starých lidí stoupá v důsledku poklesu svalové síly, hybnosti, stability, prodloužení reakční doby a zhoršené propriocepce a koordinace pohybů.

Senioři jsou více ohroženi ve všech situacích a prostředích, ve kterých se pohybují. Chůze po chodníku i doma v kuchyni představuje mnohem vyšší riziko než u mladého zdravého člověka.

Specifickým ohrožením starých lidí jsou pády.

Uvádí se, že alespoň jednou za rok upadne 30 % seniorů. Z toho čtvrtina pádů končí poraněním a 5 % dokonce zlomeninou.

Zde je nebezpečná koincidence zvýšeného rizika pádu z výše uvedených příčin a současným výskytem osteoporosy, hlavně u žen, kde dochází postmenopausálně k výraznému úbytku kostní hmoty.

Osteoporózy přibývá neustále v celém tzv. civilisovaném světě. V České republice má každá 3. žena a každý 6. muž starší 50 let statistickou pravděpodobnost utrpět do konce života jednu nebo více osteoporotických zlomenin. [17]

## 4. AKTIVNÍ STÁŘÍ

Se stoupajícím věkem tedy roste důležitost toho, udržovat se zdravý, aktivní a v dobré kondici.

Zdravotní stav člověka je výslednicí působení nesčetných faktorů. Víme, že některé z nich, jako třeba genetická predispozice jsou podstatné, ale neovlivnitelné.

Jsou ale i způsoby, kterými my sami můžeme své zdraví výrazně pozitivně nebo negativně ovlivnit.

*„Dodržování čtyř jednoduchých pravidel zdravého životního stylu – nekuřáctví, zvýšení fyzické aktivity, dodržení přiměřené hmotnosti a zdravé složení stravy, by dramaticky snížilo výskyt nejčastějších onemocnění populaci, která jsou současně rozhodujícími faktory mortality.“ [11]*

Mnoho negativních faktorů působí s určitým časovým odstupem. Stáří je životní období, kdy se právě negativní dopady dlouhodobě nezdravého životního stylu mohou výrazně projevit.

Působení některých škodlivin se časem kumuluje a zároveň dochází ke stárnutí a oslabování organismu, který se již nedokáže ubránit tak jako dříve.

Tak člověk, který celý život kouří, sice možná onemocní některým plicním onemocněním už ve třiceti, ale tato pravděpodobnost se s přibývajícím věkem výrazně zvyšuje.

Základem pro udržení dobrého zdraví do vysokého věku je aktivita. Jednak aktivita psychická, která snižuje úpadek kognitivních funkcí a především aktivita fyzická, která významně podporuje celkový dobrý zdravotní stav.



## 4.1 FYZICKÁ AKTIVITA

*„Pravidelná fyzická zátěž je spjata s prokazatelným zlepšením pocitu psychologické rovnováhy, zřejmě na základě zlepšeného sebehodnocení. Dobrá fyzická kondice snižuje pravděpodobnost vzniku deprese, úzkosti a zhoršení kognitivních funkcí. Posilovací trénink se příznivě uplatňuje dokonce i v léčbě deprese.“ [11]*

*„Fyzická aktivita vykazuje pozitivní vliv na metabolismus, na funkci svalů či kardiovaskulárního systému. Úbytek svalové hmoty, který je běžným projevem stárnutí, může být snížen nebo dokonce může být svalová hmota znovu obnovena cvičením, jak u starých mužů, tak u žen. Jedinci, kteří mají pravidelnou fyzickou činnost, mají též nižší riziko srdečních příhod, zatímco u jedinců bez tělesné aktivity je riziko srdeční příhody výrazně zvýšené.“ [2]*

V nedávné době proběhla studie, která zkoumala souvislost mezi fyzickou aktivitou a délkou telomer, které jsou v současnosti považovány za biologický marker stárnutí buněk. Bylo prokázáno, že *„fyzická aktivita ve volném čase pravděpodobně ovlivňuje i biologické stáří buněk organismu, což je patrné na délce chromozomálních telomér. Zjištěná diference v délce telomér odpovídá asi desetiletému rozdílu.“ [22]*

Aby cvičení a pohyb přinášely očekávaný příznivý účinek na zdraví, je jejich intenzitu nutno přizpůsobit fyzické zdatnosti seniora.

V současné době se doporučuje kombinace aerobního a posilovacího tréninku.

Podle American Heart Association by se starší dospělé osoby měly věnovat středně intenzivní aerobní fyzické aktivitě 30–60 minut denně a k tomu dvakrát týdně zařadit posilovací trénink střední až vyšší intenzity.

Kombinace těchto dvou typů fyzické aktivity je optimální, protože se výhodně doplňují v příznivém vlivu na kardiovaskulární a muskuloskeletální systém, stejně jako v redukci množství tělesného tuku. [11]

## **4.2 DUŠEVNÍ POHODA A ZDATNOST**

Kalvach formuloval pět zásad, které jsou základem pro udržení hodnotného způsobu života ve stáří.

Tato tzv. „duševní životospráva“ zahrnuje 5 hlavních bodů:

### **1. Životní perspektiva**

– ve smyslu výhledu do budoucna, který je v podstatě úzce spjat s osobním smyslem života

### **2. Pružnost**

– pružnost chování a myšlení zajišťuje dobrou adaptaci i ve vyšším věku v tom, že takový jedinec dovede přizpůsobovat své prožívání, myšlení a jednání změnám situace a že neváhá pouštět se do nových úkolů.

### **3. Prozíravost**

– znamená schopnost vidět dále než pouze v rozsahu dané situace. Má nepochybně důležitý podíl na autodeterminaci a autoregulaci, to znamená na umění organizovat si život, i když už nám věk v něčem přistřihuje křídla. Prozíravý člověk se nestává hříčkou situace a neocitá se nepřipraven tváří v tvář neočekávaně změně. Nedělá, co je zbytečné a neopakuje své omyly.

### **4. Porozumění**

– pochopení pro druhé

### **5. Potěšení**

– hodnotu radosti bychom chtěli co nejvíce zdůraznit a spojit ji až s jakýmsi kategorickým imperativem: Dobře se zabydlet také v podmínkách třetího věku znamená podržet si v žádoucí míře také zdroje potěšení a radosti. Bez nich by takřikajíc „vysychala míza“ našeho duševního života, to znamená, že by nám chybělo citové nasycení. [volně citováno]

Ve studii *Predictors of maintaining cognitive function in older adults*, která zkoumala faktory ovlivňující zachování kognitivních funkcí u starých lidí, se uvádí, že mezi protektivní faktory patří – bílá rasa, středoškolské a vyšší vzdělání ( **faktory neovlivnitelné**) a „minimálně jednou týdně zátěž vyšší nebo střední intenzity“ a nekuřáctví (**faktory ovlivnitelné**). [15]

### **4.3 VÝŽIVA**

„Významnou prevencí mnoha chorob i dekondice je **optimalizace výživy**. Redukce hmotnosti při **obezitě**, kterou podporuje fyzická aktivita, přispívá ke snížení výskytu chronických nemocí, jako je ateroskleróza, diabetes mellitus 2. typu s celým souborem tzv. Reavenova metabolického syndromu, osteoartróza, onemocnění žil dolních končetin atp.“ [2]

## 5. DEPRESE

Deprese je „duševní stav charakterizovaný nadměrným smutkem“.

[16]

**Motto:**

**J. Vymětal ( Základy lékařské psychologie): Všechny duševní choroby jsou variace na téma osamělosti.**

A protože osamělost je v naší společnosti jedno z hlavních témat stáří, výskyt deprese stoupá.

Deprese je onemocnění, které svou podstatou výrazně snižuje kvalitu života nemocných. Tím, že bere radost ze života, bere vše.

Nemocní ztrácejí motivaci k jakékoli činnosti, zvláště pokud ji dělali jen pro potěšení. Zvláště u starších lidí rychle dochází k omezení volnočasových aktivit, společenského života a jiných aspektů „aktivního stáří“. Tím dochází k urychlenému chátrání jednak na podkladě deprese a špatného psychického stavu a zároveň v důsledku fyzické inaktivity, která vede ke snížení fyzické kondice a pohyblivosti, snížení funkční rezervy kardiovaskulárního systému a urychlenému rozvoji osteoporózy a jiných poruch.

Proto je účinná léčba deprese ve vyšších věkových kategoriích obzvláště důležitá.

## 5.1 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA DEPRESE:

může se vyskytnout :

- jako reakce na tragickou životní událost
- jako součást neurózy
- druhotně při některých tělesných onemocněních
- v důsledku organického poškození mozku (např. zánět, nádor, atrofie ...)
- jako nežádoucí účinek některých léků (reserpin, hormonální antikoncepce, dlouhodobě neuroleptika...)
- součást klinického obrazu jiných psychiatrických onemocnění
- jako endogenní porucha

## 5.2 VÝSKYT DEPRESÍ

Afektivní poruchy postihují přibližně 3–5 % celé světové populace. Ve stáří se toto procento ještě mnohonásobně zvyšuje. Někteří autoři uvádějí, že depresivním syndromem trpí 15–20 % osob starších věkových kategorií.

Nečastější typem deprese ve vyšším věku je deprese sekundární, která doprovází jiná tělesná onemocnění. Častá je také deprese v rámci neurózy. Reaktivní deprese tvoří 19 % případů, symptomatická 4 % a ostatní typy také 4 %.

## 5.3 PŘÍČINY DEPRESÍ

Etiopatogeneze depresivního onemocnění není ještě zcela objasněna. V současné době se předpokládá, že původ je multifaktoriální.

Na vzniku onemocnění se podílí:

**1. Genetická predispozice:** Riziko depresivní poruchy lze odhadnout na 7–8 % pro rodiče nemocného, téměř 9 % pro sourozence a 11 % pro děti. [4]

**2. Biologická zátěž:** Předpokládá se, že některé somatické afekce, jako např. některá virová onemocnění, porod, nebo léky jako steroidy či reserpin, mohou vést k rozvoji depresivní poruchy

**3. Psychologická zátěž:** Jednorázová, chronická nebo opakovaná traumatizující událost, která znamená pro člověka ztrátu nebo ohrožení významných hodnot a způsobuje psychický dyskomfort

**4. Vývoj osobnosti :** Dlouhodobá psychická zátěž (např. zanedbávání, ztráta rodičů, separace...) může podpořit rozvoj depresivního onemocnění

## **5.4 PŘÍZNAKY DEPRESE**

Hlavním příznakem deprese je smutná nálada. Ta bývá provázena ztrátou zájmu a radosti prakticky ze všech obvyklých činností. Tento základní rys obvykle dále provází únava a nedostatek energie. Mohou být pocity selhání, životního neúspěchu a beznaděje. Časté bývají myšlenky na smrt či sebevraždu. Obvykle se přidružují poruchy spánku, nechutenství nebo naopak přejídání se s odpovídajícími změnami hmotnosti. Do klinického obrazu deprese dále patří obtížné soustředění, psychomotorická agitovanost či útlum, pocity viny. Mohou se objevit i psychotické příznaky.

#### **5.4.1 Diagnostická kritéria:**

Pro diagnózu deprese je třeba, aby byl přítomen alespoň jeden z hlavních příznaků a minimálně 4 z přidružených příznaků, obtíže trvají alespoň 2 týdny.

##### **Hlavní příznaky:**

1. pokleslá nebo smutná nálada
2. pokles zájmu nebo příjemných prožitků (ve všem, téměř všem, v aktivitách)

##### **Přidružené příznaky:**

3. únava nebo ztráta energie nebo snížené libido
4. porucha chuti k jídlu, signifikantní úbytek nebo příbytek hmotnosti
5. porucha spánku (insomnie nebo hypersomnie)
6. pocity viny, sebeobviňování, ztráta sebedůvěry
7. obtížná koncentrace, nerozhodnost
8. neklid nebo psychomotorické zpomalení
9. myšlenky na smrt nebo sebevraždu

[12]

Klinický obraz u starých pacientů má svá specifika.

Méně často se uplatňuje genetická predispozice a symptomatologie deprese může být atypická. Bývají více vyjádřeny kognitivní poruchy jako např. poznávání či intelekt a může tak být zaměněna za demenci. Častěji se také objevují projekce do různých částí těla. Průběh celkově bývá závažnější a také tendence k relapsům a chronicitě je vyšší.

Problémem je také nižší účinnost farmakoterapie. Odpověď na léky má delší latenci, je méně výrazná a bývá provázena větším počtem nežádoucích účinků.

## 6. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumné část mé práce se zaměřuje na porovnání výskytu deprese a jejich rizikových faktorů u tří skupin seniorů:

1. skupina – domov důchodců (v tabulkách a grafech označeno DD)
2. skupina – ambulantní pacienti (v tabulkách a grafech označeno AMB)
3. Skupina – klub seniorů (v tabulkách a grafech označeno KS)

a) První skupinou jsou **staří lidé žijící v Domově důchodců v České Kamenici**.

Domov důchodců je obecně považován za poslední a nepříliš šťastnou možnost, kam umístit starého člověka o kterého se rodina nemůže, či nechce starat. Perspektiva dožití na několikálůžkovém pokoji s neznámými lidmi je pro většinu lidí málo lákavá. S tím spojené odloučení od rodiny a dosavadního života často vede k uzavření se do sebe a k izolaci. Další věcí, která na staré lidi těžce doléhá, je ztráta možnosti fungovat jako plnohodnotný člen rodiny a být ostatním užitečný. Moci být užitečný je jeden z hlavních bodů, na kterých ve vyšším věku stojí jak pocit sebehodnoty tak hlavní životní program. Jeho ztráta podpořená navíc přesunem do některé z institucí tak lehce může vést ke ztrátě smyslu života a pouhému „čekání na smrt“.

Přesto, že v povědomí společnosti nejsou Domovy pro seniory institucemi příliš šťastnými, je třeba podotknout, že mají i své pozitivní stránky.

Patří k nim soužití s mnoha lidmi podobné věkové kategorie. Tedy potenciálně bohatší společenský život, možnost uzavřít nová přátelství a bavit se ve společnosti vrstevníků, kteří mají přece jen víc společných témat než lidé rozdílných generací.

K běžnému dni v Domově pro seniory patří i organizované volnočasové aktivity, které mohou být vítaným rozptýlením.



b) Druhou skupinu tvoří soubor osob starších 60 let, které v průběh tří týdnů navštívili **ordinaci praktického lékaře a ordinaci gynekologickou v České Kamenici.**

Předpokládám, že se jedná o náhodný výběr z celého spektra seniorů žijících v oblasti České Kamenice.

c) Třetí referenční skupinu vytvořili **členové Klubu pro seniory v České Kamenici.**

Jedná se tedy o lidi, kteří se nadále snaží žít aktivně, udržují si své koníčky a zájmy a rádi se aktivně účastní společenského života.

Klub seniorů v České Kamenici je sdružení lidí důchodového věku. Základem jsou středeční setkání, na kterých se luští křížovky, konají se přednášky a diskuze na zajímavá témata, hrají se stolní hry a vymýšlí se programy pro klubové výlety. Ty jsou velice různorodé, od turistiky až po návštěvy divadel či muzeí.

## 6.1 DOTAZNÍK

Dotazník byl pro všechny tři skupiny stejný. Jeho základem je pět otázek, které hodnotí přítomnost hlavních depresivních příznaků.

Tyto otázky se týkají smutné nálady a pocitů beznaděje, ztráty zájmu a potěšení z obvyklých činností, výrazné únavy a nedostatku energie, problémů se spánkem a myšlenek na smrt.

Otázka č. 6 a č. 7 tvoří screeningový dotazník **PRIME MD2**, zbylé otázky č. 8–10. byly vybrány a upraveny z POSUZOVACÍ STUPNICE TÍŽE DEPRESE PHQ-9 tak, aby co nejvíce cílily na hlavní příznaky deprese.

Zbylé otázky zkoumají vybrané faktory, u kterých je předpoklad, že by na výskyt deprese mohly mít buď pozitivní, nebo negativní vliv.

### **Cílem otázek je, zhodnotit:**

- jak často se depresivní příznaky ve věkové kategorii nad 60 let vyskytují
- kolik z osob, které příznaky uvedou je léčeno pro depresi → tedy kolik procent depresí je rozpoznáno?
- zhodnotit souvislost deprese s těmito faktory:

### **VÍRA V BOHA**

*„Ve věčné lásce se nad tebou slituji- pravil Hospodin, tvůj vykupitel ... I kdyby hory ustoupily a pahorky kolísaly, má láska od tebe neustoupí, nezakolísá moje smlouva, která dává pokoj – pravil Hospodin, který tě miluje.“ ( Iz54,8–10)*

Pravá víra v Boha může být pro člověka velkou útěchou. Je ujištěním, že ať se stane cokoli, člověk není sám. Může se sama o sobě stát smyslem života, nebo ho alespoň významně posílit. Pomáhá obstát v těžkých obdobích života a nepropadnout beznaději. A konečně slibuje, že smrtí vše nekončí, nýbrž začíná.

Domnívám se, že v důsledku této psychické podpory, kterou víra v Boha představuje, by věřící lidé mohli být psychicky odolnější.

**VZDĚLÁNÍ** – lidé pracující manuálně jsou v době dospělosti na vrcholu svých pracovních sil, ovšem s vyšším věkem a klesající fyzickou zdatností rychle ubývá i schopnost zastat dosavadní práci a dále se v oboru realizovat. K takto dramatickému poklesu schopností popř. profesionálního uplatnění u osob pracujících „hlavou“ nedochází. I přes vysoký věk je často možné udržet se v pracovním procesu, dále zvyšovat svou kvalifikaci a být třeba i uznávanou kapacitou svého oboru.

Výše vzdělání také může rozšířit spektrum koníčků, které se člověku nabízejí. Zároveň se s vyšším vzděláním pojí lepší postavení ve společnosti, lepší pracovní možnosti a vyšší mzda. To umožňuje člověku věnovat se aktivitám, které ho uspokojují, aniž by byl příliš omezován vnějšími podmínkami. Lze říci, že vzdělanější lidé mají v průměru více prostředků, které svým koníčkům mohou věnovat. Mají možnost věnovat se více věcem a dostatečně intenzivně na to, aby se v nich stali dobří. Proto se dá předpokládat, že i po odchodu do důchodu se člověk s vyšším dosaženým vzděláním bude věnovat více zájmovým aktivitám. To naopak napomáhá udržet člověka činného psychicky i fyzicky a podpořit jeho dobrý tělesný i duševní stav. To by mohlo být ochranným faktorem vůči výskytu i tíži depresivního syndromu.

**ZÁJMY A AKTIVITY** – otázka částečně souvisí s předešlou. Posuzuje četnost deprese při zachovaných zájmech a aktivitách, kterým se člověk pravidelně věnuje. Přímo souvislost však odhalit nelze – je člověk depresivní, protože upadl do nečinnosti, nebo ho nic nebaví, protože je depresivní? Smyslem této otázky je tedy spíše porovnat úroveň aktivního života ve třech dotazovaných skupinách seniorů.

**OSAMĚLOST** – účelem je zhodnotit sociální vazby dotazovaného a souvislost nedostatečného sociálního zázemí s výskytem deprese.

## Vlastní dotazník

*Tento dotazník je zcela anonymní. Předem Vám děkuji za čas, který věnujete vyplnění dotazníku.*

*(Zakroužkujte správnou odpověď)*

Váš věk: .....

Jste: žena/muž

1. Máte koníčky či aktivity, které Vás baví a kterým se pravidelně věnujete?	ANO	NE
2. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?	základní vyučen středoškolské vysokoškolské	
3. Věříte v Boha?	ANO	NE
4. Cítíte se osamělá/ý?	ANO	NE
5. Míváte v průběhu posledního měsíce smutnou náladu nebo pocity selhání, neúspěchu, nebo beznaděje?	ANO	NE
6. Pociťujete v průběhu posledního měsíce méně potěšení z věcí, které běžně rád/a děláte, nebo o ně nemáte zájem?	ANO	NE
7. Pociťujete v průběhu posledního měsíce výraznou únavu a nedostatek energie?	ANO	NE

8. Máte v průběhu posledního měsíce problémy se spánkem – nemůžete usnout/časně se budíte/ příliš dlouho spíte?	ANO	NE
9. Napadají Vás v průběhu posledního měsíce myšlenky na smrt či dokonce na to, že by bylo lepší nežít?	ANO	NE
10. Léčíte se pro depresi?	ANO	NE
11. Máte nějaké plány do budoucna? Pokud ano, jaké? (chcete se někam podívat, s někým se setkat, chcete se věnovat nějaké nové činnosti? ....)		

## 6.2 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ

Celkem dotazník vyplnilo 75 lidí.

Z toho 23 respondentů patří do skupiny žijící v Domově pro seniory.

37 dotazníků bylo vyplněno seniory, kteří navštívili ordinaci praktického lékaře nebo gynekologa.

Zbýlých 15 dotazníků bylo vyplněno členy Klubu seniorů.

Celkem:	75
Domov pro seniory:	23
Ambulantní pacienti:	37
Klub pro seniory:	15

Základem dotazníku je pět otázek zaměřených na přítomnost pěti různých příznaků deprese.

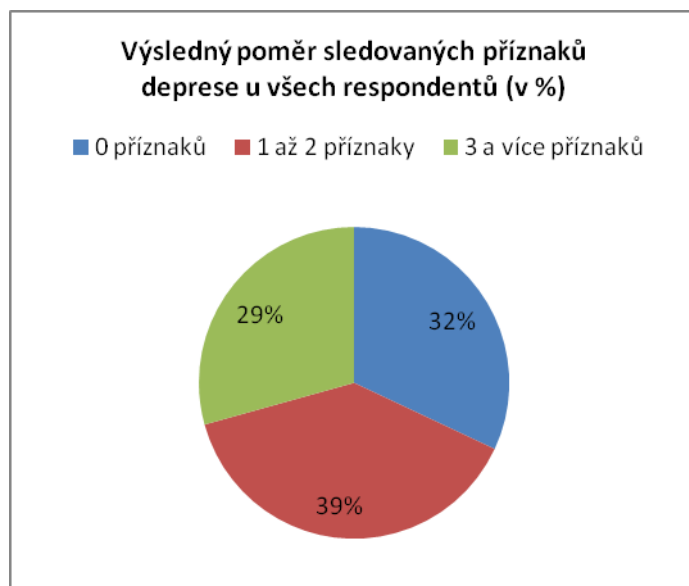
Respondenti byli podle počtu kladných opovědí rozděleni do tří skupin:

- skupina, která neuvedla žádný příznak deprese (0 příznaků). Tedy lidé, u nichž depresi můžeme vyloučit
- skupina seniorů, kteří uvedli jeden až dva pozitivní příznaky deprese
- skupina respondentů, kteří uvedli tři a více pozitivních příznaků a můžeme tedy předpokládat, že se pravděpodobně jedná o lidi ohrožené depresí a nebo depresí trpící

Počet příznaků	DD	KS	AMB	% DD	% KS	% AMB	% celkem
0 příznaků	12	2	10	52	13	27	32
1 až 2 příznaky	2	8	19	9	54	51	38
3 a více příznaků	9	5	8	39	34	21	29

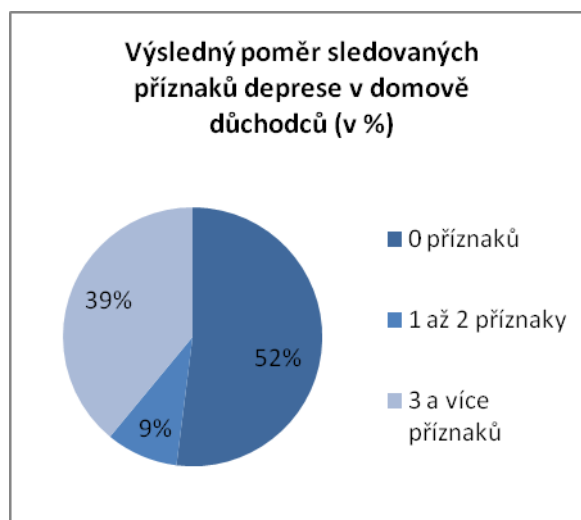
tabulka č. 1

Tabulka uvádí počty respondentů jednotlivých skupin, kteří kladně odpověděli na uvedený počet příznaků. Procentuální zastoupení se vztahuje k dílčím skupinám, tedy DD, AMB a KS, z nichž každá tvoří 100 %.



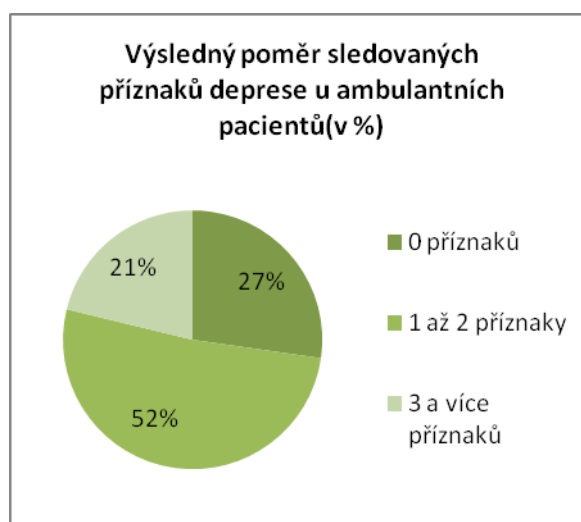
graf č.1

V domově důchodců 52 % respondentů nevedlo žádný příznak deprese, 9% lidí odpovědělo pozitivně na 1 až 2 příznaky a 39 % uvedlo, že trpí třemi a více příznaky deprese.



graf č. 2

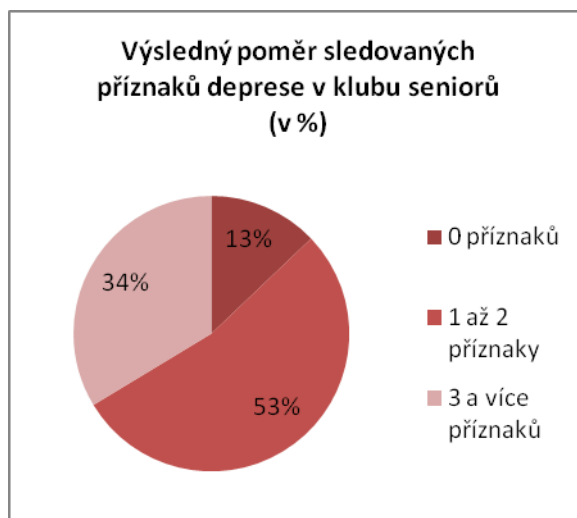
Mezi ambulantními pacienty 27 % respondentů nevedlo žádný příznak deprese, 52 % lidí odpovědělo pozitivně na 1 až 2 příznaky a 21 % uvedlo, že trpí třemi a více příznaky deprese.



graf č. 3



V Klubu seniorů 13 % nevedlo respondentů žádný příznak deprese, 53 % lidí odpovědělo pozitivně na 1 až 2 příznaky a 34 % uvedlo, že trpí třemi a více příznaky deprese.



graf č. 4

V další části se věnuji výše uvedeným faktorům a jejich vlivu na výskyt deprese.

## OTÁZKA Č. 1:

**"Máte koníčky či aktivity, které Vás baví a kterým se pravidelně věnujete?"**

Zkoumaný faktor č. 1 – koníčky a volnočasové aktivity

Faktor 1 – aktivita								
Počet příznaků	DD	KS	AMB	celkem	% DD	% KS	% AMB	% celkem
0 příznaků	6	2	10	18	26	13	27	18
1 až 2 příznaky	2	8	19	29	9	54	51	38
3 a více příznaků	3	5	7	15	13	34	18	17

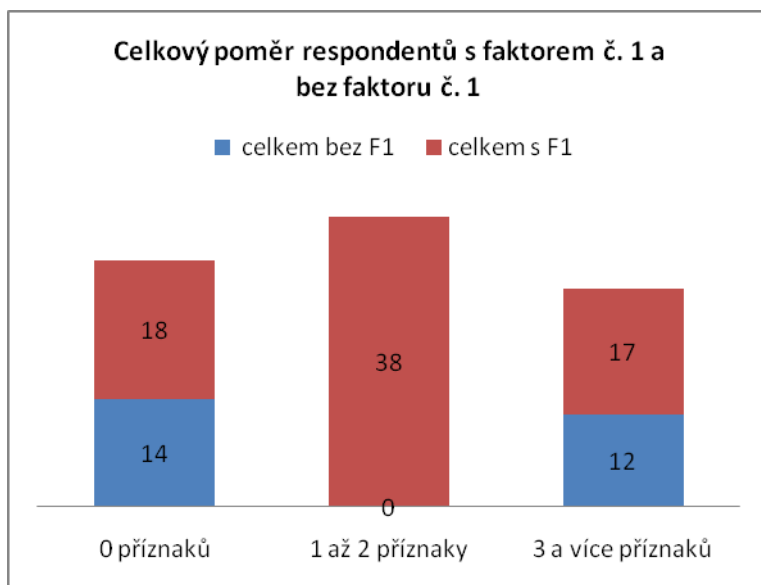
tabulka č. 2

Tabulka uvádí počet kladných odpovědí na otázku č. 1. Tyto odpovědi jsou rozděleny do skupin podle počtu příznaků deprese.

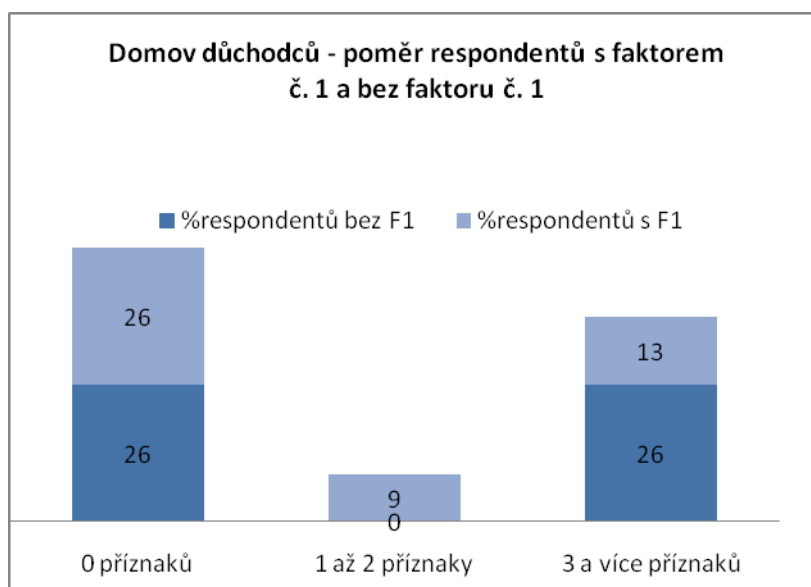
V dalších sloupcích je uvedeno, jaké procento z celé skupiny tento počet tvoří.

Konkrétní příklad: šest osob v domově důchodců uvedlo, že netrpí žádným příznakem deprese a zároveň kladně odpovědělo na otázku č. 1.

Těchto šest osob tvoří uvedených 26 % z celkových 23 respondentů z domova důchodců.

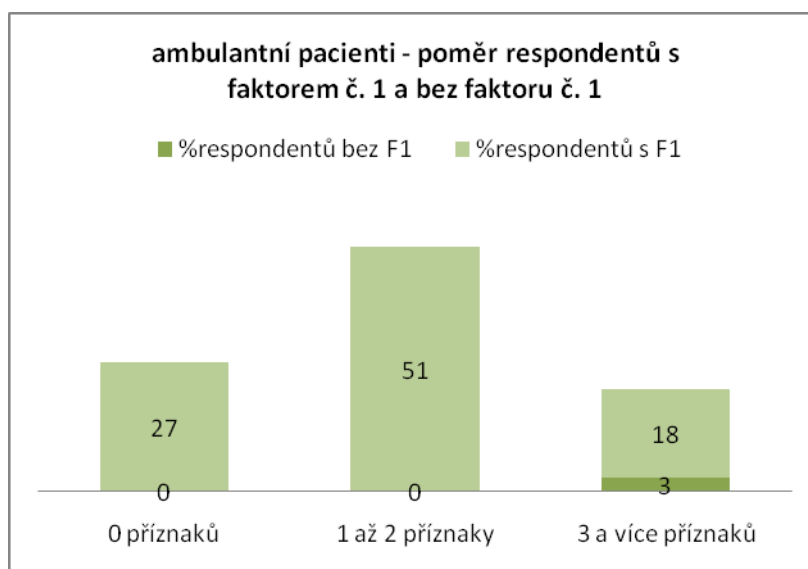


graf č. 5



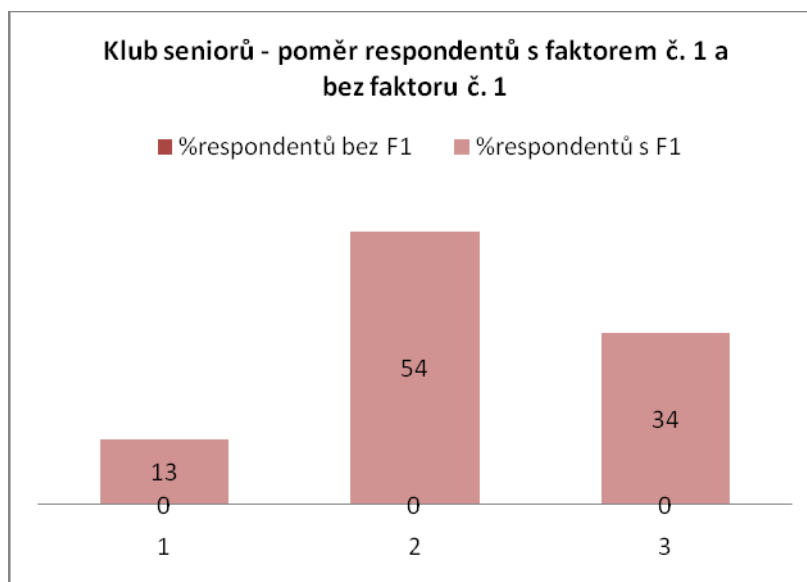
graf č. 6

Respondenti z domova důchodců, kteří netrpí žádným příznakem deprese v 50 % uvedli, že se věnují koníčkům a volnočasovým aktivitám. Naproti tomu, ve skupině osob trpících třemi a více příznaky, má zachované koníčky pouze 33 % respondentů. (graf č. 6)



graf č. 7

Všichni ambulantní pacienti ve skupinách 0 a 1–2 příznaky na otázku č. 1 odpověděli kladně. Z respondentů, kteří uvedli 3 a více příznaků deprese, 2 odpověděli, že se volnočasovým aktivitám nevěnují. (graf č. 7)



graf č. 8

V klubu seniorů všichni dotázaní odpověděli, že mají koníčky, kterým se pravidelně věnují. Tento soubor je pravděpodobně ovlivněn tím, že se jedná o výběr lidí docházejících na pravidelná setkání a akce, což je samo o sobě koníčkem. (graf č. 8)

## OTÁZKA Č. 2:

"Jaké je Vaše dosažené vzdělání?"

Faktor č. 2 – dosažené vzdělání

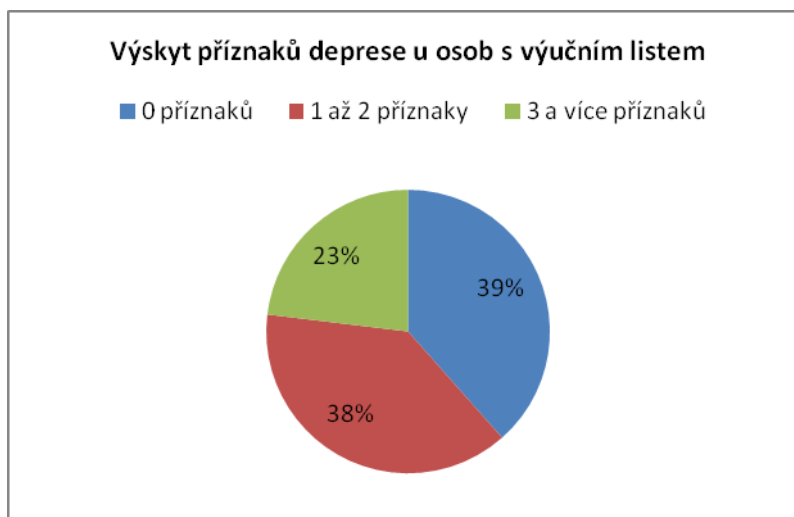
Faktor 2- vzdělání								
Počet příznaků	základní	vyučen	SŠ	VŠ	% základní	% vyučen	% SŠ	% VŠ
0 příznaků	7	10	3	4	27	38	20	50
1 až 2 příznaky	7	10	10	2	27	38	67	25
3 a více příznaků	12	6	2	2	46	23	13	25



graf č. 9

Ze skupiny lidí s dosaženým základním vzděláním 46 % trpí třemi a více příznaky deprese. To je o 14 % více než výsledných 29 % v referenční skupině všech respondentů.

Zároveň pouze 27 % je zcela bez příznaků, což je o 5 % méně než v referenční skupině všech respondentů. (graf č. 9)



graf č. 10

Ve skupině osob s výučním listem 23 % uvádí 3 a více příznaků deprese. To je 50% pokles oproti skupině osob se základním vzděláním. (graf č. 10)



graf č. 11

b

Ve skupině osob s dosaženým středoškolským vzděláním pouze 13 % respondentů uvádí 3 a více příznaků deprese. Jedná se tedy o další 43% pokles oproti skupině osob s výučním listem. (graf č. 11)



graf č. 12

Ve skupině osob s dosaženým vysokoškolským vzděláním 25 % uvádí tři a více příznaků deprese. Je zde patrný nárůst oproti skupině s dosaženým středoškolským vzděláním zhruba na úroveň skupiny osob s výučním listem.

Výskyt se však stále drží 4 % pod průměrnou hodnotou vycházející z referenční skupiny všech respondentů. (graf č. 12)

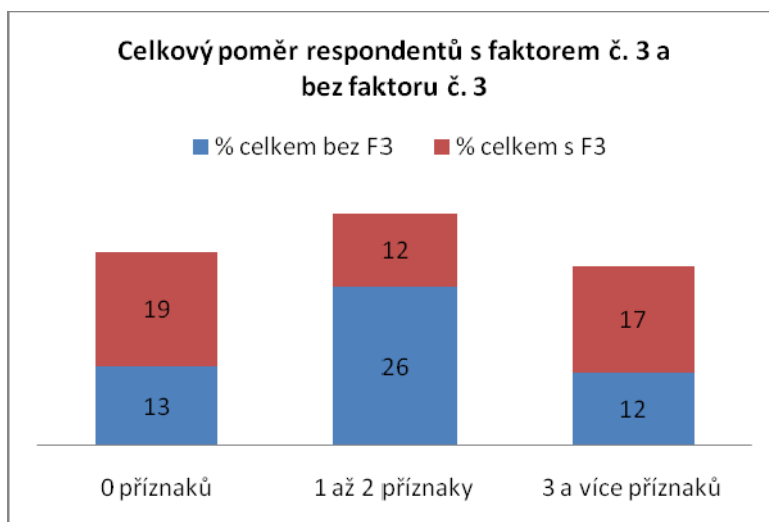


## OTÁZKA Č. 3:

"Věříte v Boha?"

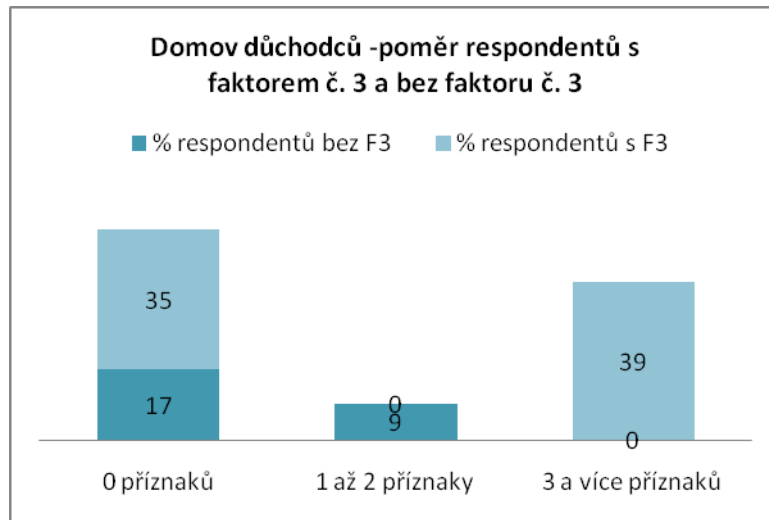
Zkoumaný faktor č. 3 – víra v Boha

Faktor 3 - víra v Boha								
Počet příznaků	DD	KS	AMB	celkem	%DD	%KS	%AMB	%celkem
0 příznaků	8	1	5	14	35	7	14	19
1 až 2 příznaky	0	3	6	9	0	20	16	12
3 a více příznaků	9	0	4	13	39	0	11	17



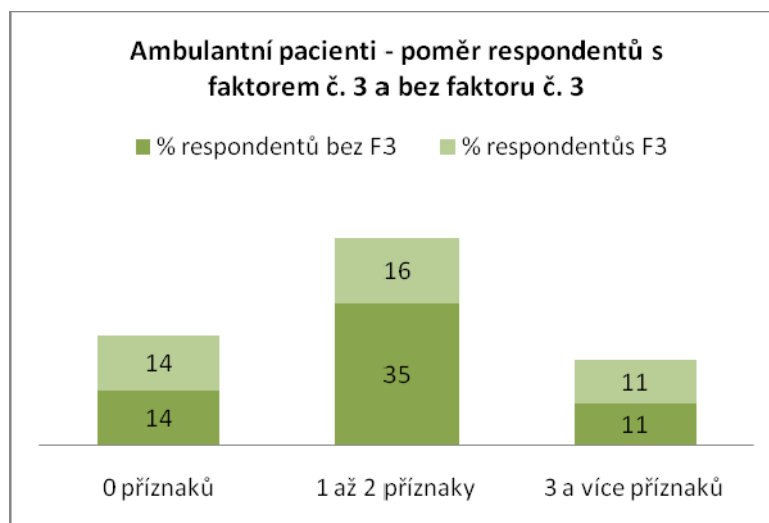
graf č.13

Procentuální zastoupení věřících a nevěřících je ve skupinách 0 příznaků a 3 a více příznaků zhruba stejné. (graf č. 13)



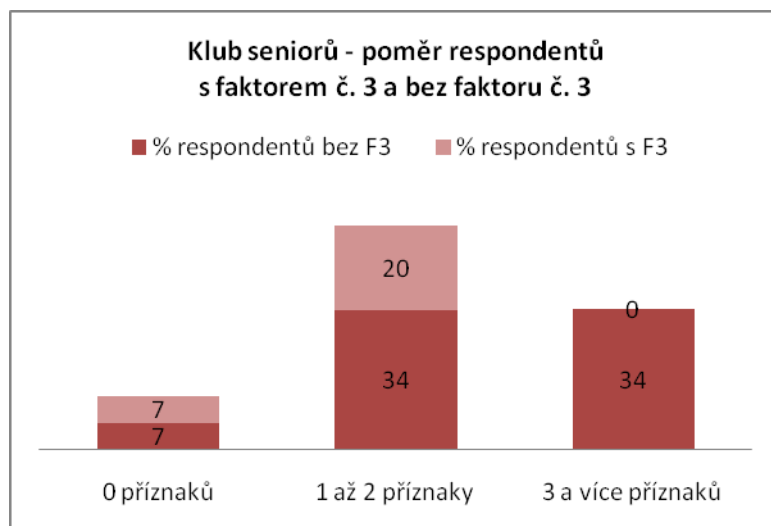
graf č.14

Všichni respondenti z domova důchodců, kteří trpí třemi a více příznaky deprese jsou věřící. (graf č. 14)



graf č.15

Mezi ambulantními pacienty je poměr zastoupení věřících a nevěřících je ve skupinách 0 příznaků a 3 a více příznaků zhruba stejný. (graf č. 15)



graf č.16

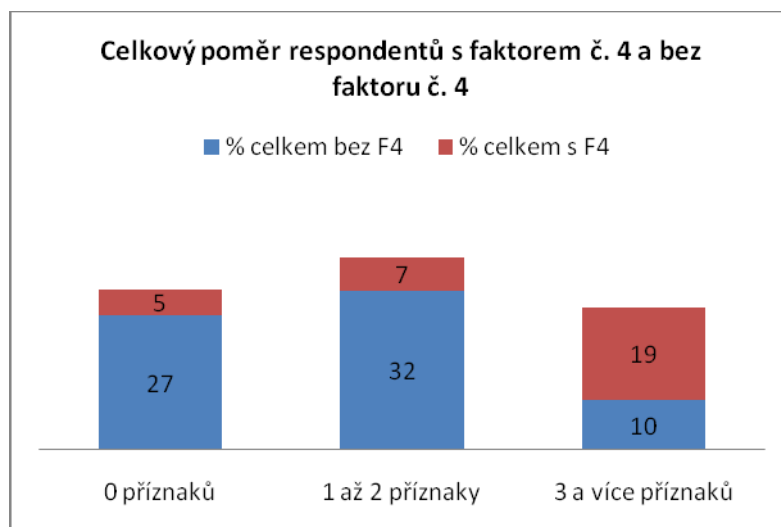
Všichni respondenti z klubu seniorů, kteří trpí třemi a více příznaky deprese uvedli, že nejsou věřící. (graf č. 16)

## OTÁZKA Č. 4:

"Cítíte se osamělá/ý?"

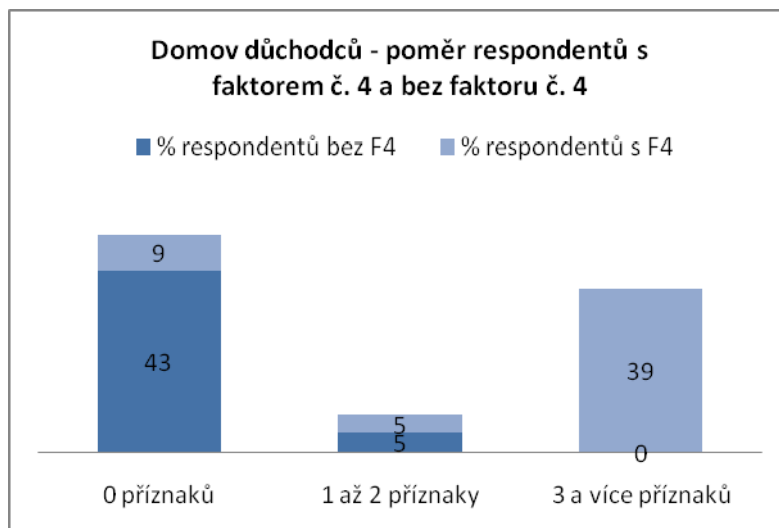
Zkoumaný faktor č. 4 - osamělost

Faktor 4 - osamělost								
Počet příznaků	DD	KS	AMB	celkem	% DD	% KS	% AMB	% celkem
0	2	2	0	4	9	13	0	5
1 až 2	1	3	1	5	5	20	3	7
3 a více	9	2	3	14	39	14	8	19

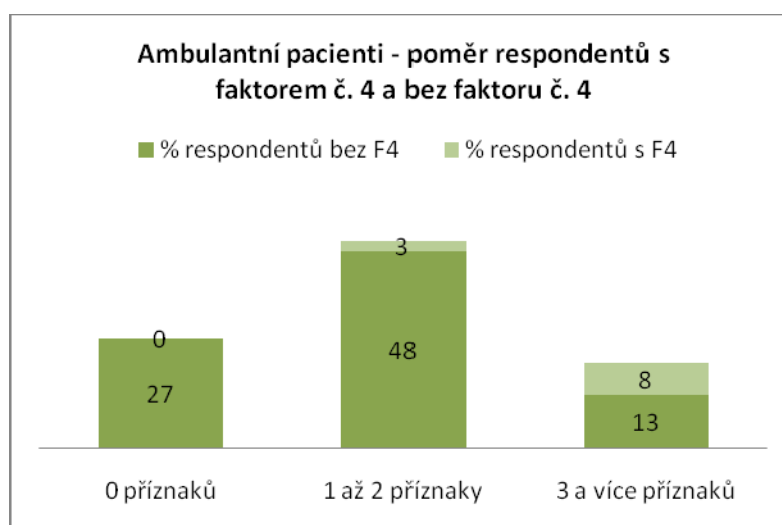


graf č.17

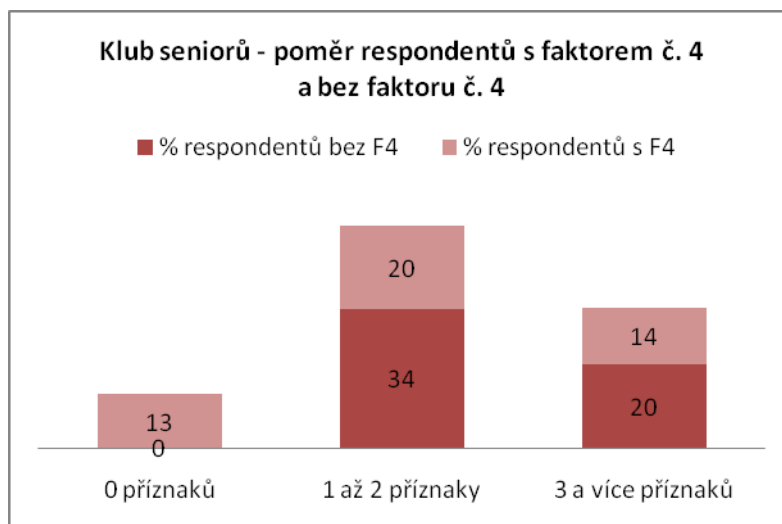
Ve skupině všech respondentů je výrazný nárůst osamělých osob mezi těmi, kteří trpí třemi a více příznaky deprese. (graf č. 17)



graf č.18



graf č.19



graf č.20

Ve všech sledovaných skupinách byl patrný nárůst počtu osamělých osob mezi těmi, kteří trpí třemi a více příznaky deprese. (graf č. 18, 19, 20)

## Tabulka uvádějící výsledky všech dotazníků

	věk	pohlaví	aktivity	vzdělání	víra	osamělost	počet příznaků	léčba deprese	plány	
<b>domov důchodců</b>										
	88	1	0	1	1	1	5	0	0	
	89	1	1	1	1	1	5	0	0	
	73	0	0	2	1	1	5	1	0	
	91	1	0	2	1	1	5	0	0	
	84	1	0	3	1	1	4	1	0	
	64	0	0	1	0	1	5	0	1	pracovní místo
	85	1	0	4	1	1	4	0	0	
	83	1	1	2	1	1	4	0	0	
	73	0	0	1	0	0	0	0	0	
	82	1	0	1	0	0	0	0	0	
	84	1	1	2	0	0	0	0	0	
	83	1	0	2	0	0	0	0	1	setkat se švagrovou
	75	1	1	3	0	0	1	0	1	pravnoučata
	85	1	1	1	1	0	0	0	0	
	77	0	0	1	1	0	0	0	0	
	81	1	0	1	1	0	0	0	0	
	68	0	0	2	1	0	0	0	0	
	86	0	1	4	1	0	0	0	1	pravnoučata
	72	0	1	1	1	0	0	0	1	normálně
	68	1	1	1	0	1	1	0	0	
	84	0	1	2	1	1	4	1	1	normálně
	60	1	1	1	1	1	0	0	1	jet domů
	73	1	1	3	1	1	0	0	0	
<b>klub seniorů</b>										
	63	1	1	2	0	0	2	0	0	
	71	1	1	3	0	0	1	0	0	
	62	1	1	2	1	1	1	0	1	podívat do cizí země
	66	1	1	3	0	1	0	0	0	
	70	1	1	1	0	1	2	0	1	někam se podívat
	73	1	1	2	0	0	1	0	1	cestovat
	70	1	1	3	1	1	0	0	0	
	71	1	1	4	0	0	3	0	0	
	67	1	1	3	0	0	3	0	0	
	71	1	1	1	0	1	5	0	0	
	72	1	1	1	0	1	3	0	0	
	66	1	1	2	1	1	2	0	0	
	77	1	1	3	0	0	1	0	1	cestování, čtení, noví lidé

	76	1	1	3	1	0	2	0	1	setkávání s rodinou a přáteli
	77	1	1	1	0	0	3	0	0	
<b>lékařské ordinace</b>	61	1	1	2	0	0	2	0	1	mnoho plánů
	60	1	1	1	0	1	4	0	1	vnoučata
	60	1	1	2	0	0	0	0	1	
	62	0	1	3	0	0	1	0	0	
	64	0	1	1	0	0	3	0	0	
	67	0	1	1	1	1	3	0	0	
	64	0	1	2	0	0	0	0	1	rybařit
	61	1	1	2	0	0	0	0	1	vnoučata
	74	1	1	4	1	0	0	0	1	dovolená u moře
	74	0	1	4	0	0	1	0	1	práce na chalupě
	75	0	1	4	1	0	1	0	1	univerzita 3.věku
	60	1	1	4	1	0	0	0	1	dále se vzdělávat
	64	0	1	2	0	1	2	0	1	
	65	0	1	2	0	0	0	0	1	kupovat pozemky
	63	1	1	3	0	0	1	0	1	práce na domě
	66	0	1	2	0	0	1	0	1	rybařit
	68	1	1	3	0	0	2	0	1	jet k moři
	75	1	1	1	1	1	4	0	0	
	71	1	1	2	0	0	2	0	1	pomáhat dětem
	68	1	1	1	0	0	1	0	1	zahradka, vnoučata
	62	1	1	2	1	0	1	0	1	věnovat se svému podniku - cukrárně
	65	1	1	2	1	0	0	0	1	jet do ciziny
	60	1	1	3	0	0	1	0	1	cestovat
	66	1	1	1	0	0	1	0	1	cestovat
	65	1	1	3	0	1	1	0	1	starat se o matku
	65	1	1	4	0	0	0	0	1	být s rodinou
	71	1	1	1	0	1	1	0	1	jet do lázni na Slovensko
	75	1	1	2	1	0	0	0	1	věnovat se rodině
	68	1	1	3	1	0	2	0	1	vyhrát turnaj v kužkách
	70	1	0	2	1	1	5	1	0	
	64	1	1	1	1	1	5	1	0	
	61	1	1	1	0	0	1	0	1	zařizování nového domu
	75	1	1	1	1	0	2	0	0	
	69	1	1	1	0	1	3	0	0	
	65	1	1	2	1	0	1	0	1	jet za dcerou do Švýcarska
	71	1	1	2	0	1	4	0	1	výlet
	68	1	1	2	1	0	0	0	1	procházky



## **Legenda:**

pohlaví

1 = žena

0 = muž

aktivity (faktor 1), víra (faktor 3), osamělost (faktor 4), léčba deprese

1 = ano

0 = ne

vzdělání (faktor 2)

1 = základní

2 = vyučen

3 = středoškolské

4 = vysokoškolské

počet příznaků = počet uvedených příznaků deprese

## DISKUZE

Ve své práci jsem se pokusila prokázat tyto hypotézy.

**Hypotéza 1: Koníčky a volnočasové aktivity by mohly v důsledku podpory psychické a fyzické kondice působit jako protektivní faktor vůči výskytu deprese.**

Respondenti z domova důchodců, kteří netrpí žádným příznakem deprese v 50 % uvedli, že se věnují koníčkům a volnočasovým aktivitám. Naproti tomu, ve skupině osob trpících třemi a více příznaky, má zachované koníčky pouze 33 % respondentů.

Ze skupiny ambulantních pacientů pouze dva odpověděli, že se žádným koníčkům a aktivitám nevěnují. Oba tyto respondenti zároveň uvedli, že trpí třemi a více příznaky deprese. I zde je tedy patrná závislost mezi zkoumaným faktorem a výskytem deprese.

Ve skupině respondentů z klubu seniorů všichni zúčastnění odpověděli, že mají koníčky a aktivity, kterým se pravidelně věnují. Tento soubor je ovlivněn faktem, že již samotné docházení do klubu a zúčastňování se pořádaných akcí lze považovat za koníček.

Je tedy zřejmý vzestup počtu osob, které se nevěnují žádným koníčkům, ani jiným aktivitám mezi těmi, kteří trpí více příznaky deprese.

Na místě je zde samozřejmě otázka kauzality, která již byla zmíněna v úvodu výzkumné části. Pouze na základě takto zjištěných faktů není možno říci, zda inaktivita je příčinou deprese, či deprese příčinou inaktivity.

Faktem je, že v domově důchodců udává koníčky a aktivity 48 % lidí a zároveň 39 % všech obyvatel domova důchodců trpí 3 a více příznaky deprese.

Mezi členy klubu seniorů, kteří všichni, tedy ze 100 %, udávají koníčky a aktivity, trpí 3 a více příznaky deprese 34 %.

To je o něco méně než mezi obyvateli domova důchodců, ale pokles není tak výrazný, jak bych očekávala. Domnívám se, že to může být dáno zkreslením výsledků dotazníků jak nedostatečnou spoluprací v domově důchodců, tak přílišnou snahou zavděčit se v klubu seniorů.

Mezi ambulantními pacienty 96 % odpovědělo, že se věnuje koníčkům a jiným aktivitám a pouze 26 % z celé skupiny trpí 3 a více příznaky deprese. Jedná se pravděpodobněji o více reprezentativní vzorek a ve srovnání s domovem důchodců je zde vidět pokles výskytu deprese přímo úměrný množství aktivních lidí.

**Hypotéza 2: Výše vzdělání by mohla v důsledku potenciálně většího množství možností seberealizace a lepšího sociálního i ekonomického postavení působit jako protektivní faktor vůči výskytu deprese.**

Ze skupiny lidí s dosaženým základním vzděláním 46 % trpí třemi a více příznaky deprese. To je o 14 % více než výsledných 29 % v referenční skupině všech respondentů.

Zároveň pouze 27 % je zcela bez příznaků, což je o 5 % méně než v referenční skupině všech respondentů.

Ve skupině osob s výučním listem 23 % uvádí 3 a více příznaků deprese. To je 50% pokles oproti skupině osob se základním vzděláním.

Ve skupině osob s dosaženým středoškolským vzděláním pouze 13 % respondentů uvádí 3 a více příznaků deprese. Jedná se tedy o další 43% pokles oproti skupině osob s výučním listem.

Ve skupině osob s dosaženým vysokoškolským vzděláním 25 % uvádí 3 a více příznaků deprese. Je zde patrný nárůst oproti skupině s dosaženým středoškolským vzděláním zhruba na úroveň skupiny osob s výučním listem.

Výskyt se však stále drží 4 % pod průměrnou hodnotou vycházející z referenční skupiny všech respondentů.

Z výsledků je patrný výrazný vliv dosaženého vzdělání na výskyt deprese. Počet depresivních osob ve skupinách výrazně klesá až do výše středoškolského vzdělání, kde dosahuje pouhých 13 %. To je více než třikrát méně než mezi osobami se základním vzděláním a 16 % pod průměrnou hodnotou, která vychází z odpovědí všech 75 respondentů.

**Hypotéza 3: Víra v Boha by mohla v důsledku psychické podpory a vnitřní jistoty, kterou by měla poskytovat, působit jako protektivní faktor vůči výskytu deprese.**

Procentuální zastoupení věřících a nevěřících je ve skupinách 0 příznaků a 3 a více příznaků zhruba stejné.

Všichni respondenti z domova důchodců, kteří trpí třemi a více příznaky deprese jsou věřící.

Mezi ambulantními pacienty je poměr zastoupení věřících a nevěřících je ve skupinách 0 příznaků a 3 a více příznaků zhruba stejné.

Všichni respondenti z klubu seniorů, kteří trpí třemi a více příznaky deprese uvedli, že nejsou věřící.

Výsledky průzkumu neprokázaly, že by víra v Boha měla na výskyt depresivních příznaků vliv. Tato hypotéza se nepotvrdila.

**Hypotéza 4: Množství kvalitních sociálních vazeb se výrazně podílí na psychické pohodě a patří mezi základní lidské potřeby. Jejich nedostatek by mohl podpořit vznik deprese.**

Z výsledků průzkumu vyplývá, že je výrazný vztah mezi výskytem depresivních příznaků a pocitem osamělosti. Ve všech sledovaných skupinách byl patrný nárůst počtu osamělých osob mezi těmi, kteří trpí třemi a více příznaky deprese.

Část odpovědí je pravděpodobně zkreslena tím, že pocit osamělosti se může vyskytnout jako součást symptomatologie depresivního syndromu. Přesto se domnívám, že ve většině případů odpovědi odráží pocit osamělosti nezávisle na příznacích deprese a v důsledku reflektují realitu sociálních vazeb.

#### **Kolik potenciálně depresivních pacientů je rozpoznáno a léčeno?**

Jak už bylo v teoretické části zdůrazněno, je léčba deprese zvláště ve vyšších věkových kategoriích velice důležitá, neboť tak předcházíme jak psychickému, tak následně fyzickému chátrání, které vzniká v důsledku inaktivity spojené s depresí.

Z celkových 75 respondentů, kteří se průzkumu zúčastnili, 22 tedy 29 % uvedlo, že trpí 3 a více příznaky deprese. Dá se s velkou pravděpodobností předpokládat, že tyto osoby jsou buď depresí výrazně ohroženy, nebo její diagnostická kritéria splňují.

Z těchto osob dále jen 5 tedy 23 % odpovědělo, že se pro depresi léčí. Zbylých 77 % potenciálně depresivních seniorů zůstává nezachyceno.

## ZÁVĚR

Vzhledem k tomu, že soubor dotazovaných je malý, výsledky jednotlivých hypotéz nejsou statisticky signifikantní.

Původní předpoklad ochranných faktorů deprese se podařilo v tomto malém souboru potvrdit u vzdělání a množství sociálních vazeb. Určitá závislost je patrná i mezi výskytem deprese a absencí volnočasových aktivit.

Naopak víra v Boha, u které jsem předpokládala, že by mohla působit výrazně protektivně, se v mém souboru prokázala jako faktor, který nemá na výskyt deprese vliv.

Z celkového počtu 75 osob, 22 uvedlo tři a více příznaků pozitivních pro depresi, což je 29 %. Lze předpokládat, že tato skupina seniorů depresí trpí, nebo je jí ohrožena. Zároveň pouze 5 osob odpovědělo, že se pro depresi léčí, takže z výzkumu vyplývá, že tato případná deprese zůstává v 77 % nerozpoznána a neléčena.

## SOUHRN

Ve své práci jsem se věnovala problematice aktivního stáří a deprese ve vyšším věku.

Pokusila jsem se prokázat souvislost výskytu deprese s těmito faktory: aktivity a koníčky, víra v Boha, vzdělání a osamělost.

Průzkum byl prováděn metodou vyplňování výše uvedeného dotazníku ve třech různých skupinách seniorů.

Cílová skupina lidí byly osoby ve věkové kategorii 60 až 90 let. Tři uvedené skupiny byly vytvořeny obyvateli domovu důchodců, členy klubu seniorů a náhodně vybranými seniory, kteří navštívili ordinaci praktického a gynekologického lékaře a České Kamenici.

V mém souboru se mi podařilo potvrdit závislost na výskytu příznaků deprese u těchto tří faktorů: aktivity a koníčky, vzdělání a osamělost.

Nejvíce byla patrná souvislost mezi osamělostí a výskytem deprese, dále pak mezi výší dosaženého vzdělání a deprese. Nejméně byla vyjádřena souvislost mezi depresí a zachovanými koníčky.

Víra v Boha se prokázala jako faktor, který v mém souboru neměl na výskyt deprese žádný vliv.

Vzhledem k tomu, že konečný soubor obsahuje 75 respondentů, výsledky nejsou statisticky významné, ale mohou posloužit jako inspirace či srovnání pro větší studii.

## SUMMARY

In my work I deal about problems connected with active old age and the depression in the old age.

I tried to prove the relation between the incidence of depressions and the following factors: hobbies and activities, religious faith, education and loneliness.

The research was carried out by filling in a questionnaire by three different groups of seniors.

The target group in general was established by persons in the age category of 60-90 years of age. The three specific sub-groups as mentioned above consist of a/ persons living in retirement homes, b/ members of the club of seniors, c/ accidentally chosen seniors, visiting offices of a general practitioner and of a private gynaecologist in the town of Česká Kamenice.

The results of my research, as far as the whole of the target group is concerned, proved the association between the incidence of depressive symptoms and the three chosen factors: hobbies and activities, education, and loneliness.

Most evident of all was the association between being lonely and the incidence of depression, then between the achieved level of education and the incidence of depression. Less expressed was the relation between depression and practised hobbies.

The religious faith proved to be a factor without any influence on the incidence of the depression.

Regarding the fact, that the chosen sample of population contains only 75 respondents, the received results may not be statistically confirmatory and significant, but they can undoubtedly serve as a material worthy of consideration in any further research carried out on a larger scale.



## **Použité zkratky**

PRIME MD2 –posuzovací nástroj pro hodnocení deprese PRIME MD2

PHQ-9 Patient health questionnaire, posuzovací stupnice tíže deprese PHQ-9

DD – domov důchodců

KS – klub seniorů

AMB – ambulantní pacienti

## Seznam použité literatury

- [1] Ďoubal Stanislav, Klemra Petr, Filipová Marie, DOLEJŠ Josef. *Teoretická gerontologie*. Karolinum, 1. vyd., 1997, 104 str., ISBN-10: 80-7184-481-0
- [2] Zdeněk Kalvach, Zdeněk Zadák, Roman Jirák, Helena Zavázalová, Petr Sucharda a kolektiv. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Grada Publishing, a.s., 2004, ISBN 80-247-0548-6
- [3] Pavel Řičan. *Cesta životem*. 2. vyd., Portál s.r.o., 2004, 390 s., ISBN:80-7367-124-7
- [4] Höschl C., Libiger J., Švestka J. (editoři), *Psychiatrie (II. doplněné a opravené vydání)*. Praha, 2004, Tigris, s.r.o., 883 s., ISBN 80-900130-7-4
- [5] Marie Svatošová. *Normální je věřit*. 1. vyd. Kostelní Vydří, 2009, Karmelitánské nakladatelství, 90 s., ISBN 978-80-7195-360-9
- [6] Pavel Klener a kolektiv. *Vnitřní lékařství*. 3. vyd. Galén, 2006, ISBN: 978-80-7262-430-0
- [7] *Quality of life in old age: national programme of preparation for ageing for 2008-2012*, Prague : Ministry of Labour and Social Affairs, 2008, 58 s., ISBN:978-80-86878-66-9
- [8] Zdeněk Dienstbier. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*, 1. vyd. 2009 , Radix, 185 s., ISBN978-80-86013-88-0
- [9] Eva Syříšřová. *Normalita osobnosti*, 1. vyd. Avicenum, 1972
- [10] Jaká forma fyzické aktivity je optimální pro seniory? *Světová medicína stručně*. 9/2009
- [11] Zdravý životní styl prokazatelně prodlužuje život. *Světová medicína stručně*. 10/2009
- [12] Raboch Jiří, Laňková Jaroslava. *Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: DEPRESE*. NOVELIZACE 2008, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, ISBN: 978-80-86998-22-0
- [13] Kretschmerová T., Šimek M. (2004) Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050. *Demografie* 2004, roč. 46, č. 2, str. 91-99

- [14] Josef Čermák a kol. *Encyklopedie Universum*. Euromedia Group 2003, ISBN 80-242-1069-x
- [15] *Predictors of maintaining cognitive function in older adults*. The Health ABC Study, K.Yafe,MD, A.J.Fiocco, PhD, NEUROLOGY 2009, 72:2029-2035, Světová medicína stručně, srpen 2009
- [16] Martin Vokurka, Jan Hugo a kol. *Velký lékařský slovník*. 7. vydání, Maxdorf 2007, 1070 s., ISBN 978-80-7345-166-0
- [17] Málková, Jana. HRT ano či ne. *Moderní gynekologie a porodnictví* 13/2004 č. 3: ISSN: 1211-1058
- [18] Svámí Adžaja. *Psychoterapie východu a západu*. 1. vyd. Chvojko nakladatelství, 2000, ISBN: 80-86183-18-1
- [19] Dahlke Rüdiger. *Životní krize jako vývojová šance*. 1.vyd. Aquamarin, 2001, ISBN: 80-86259-02-1
- [20] Nancy Lonsdorf, Veronica Buttler, Melania Brown. *Nejlepší medicína pro ženy, zdraví, štěstí a dlouhověkost za pomoci Maharišiho ájurvédy*. 1. Vyd. nakl. Dobra, 2002, ISBN:80-86459-25-x
- [21] John Hawken – ústní tradice indiánů společnosti Spletených vlasů. ústní sdělení.
- [22] Fyzická aktivita a proces stárnutí buněk. *Světová medicína stručně*. 3/2008

Webové stránky:

- [23] [www.demografie.info](http://www.demografie.info)