

Univerzita Karlova
Přírodovědecká fakulta

Studijní program: Demografie
Studijní obor: Demografie se sociální geografii



Lucie Soldánová

Prevalence duševních onemocnění v Česku v závislosti na pohlaví a věku
Prevalence of mental disorders in the Czech population: age and sex differences

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vendula Machů

Praha, 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, 8. května 2019

Lucie Soldánová

Poděkování

Ráda bych poděkovala své školitelce Mgr. Vendule Machů za vedení mé bakalářské práce a za cenné rady, které jsem v průběhu psaní velice ocenila. Dále patří velký dík mým rodičům a speciálně mému bratroví Adamu Soldánovi, za podporu během celého mého studia. Nakonec bych chtěla také poděkovat spolužačce a především kamarádce Emílii Hybnerové, za spoustu vzpomínek, motivace a také pomoci ve škole i v životě.

Abstrakt

Duševní onemocnění a závislosti na alkoholu a návykových látkách jsou velkým problémem současné společnosti, kterému se nedostává potřebného zájmu ani řešení. V Česku se přitom zvyšuje počet lidí s narušeným duševním zdravím. Podle výsledků šetření CZEMS, které se uskutečnilo v Česku v roce 2017, a kterého se zúčastnilo 3306 respondentů starších 18 let, byly přitom duševní onemocnění nebo závislosti diagnostikovány u téměř 20 % obyvatel. Tato bakalářská práce se soustředí na čtyři vybrané kategorie duševních nemocí a závislostí, kterými jsou poruchy nálady, úzkostné poruchy, závislost na alkoholu a závislost na návykových látkách. U mužů se s větší prevalencí vyskytují závislosti, především závislost na alkoholu a poté i na návykových látkách, jako jsou marihuana, kokain, různá narkotika či inhalanty. Ženy jsou naopak více ohroženy duševními nemocemi, tedy poruchami nálady a úzkostnými poruchami. Analýza se také zaměřuje na vybrané konkrétní onemocnění a závislosti, kterými jsou deprese, sociální fobie, agorafobie, závislost na marihuaně a závislost na sedativech. Cílem této bakalářské práce je tak popsat a analyzovat pomocí výsledků šetření CZEMS, jak se v Česku v roce 2017 lišila prevalence těchto poruch a závislostí podle jednotlivých pohlaví a různých desetiletých věkových skupin.

Klíčová slova

prevalence, duševní nemoci, závislosti, věkové skupiny, pohlaví, CZEMS, Česko

Počet znaků

79062

Abstract

Mental illnesses and addictions to alcohol and drugs are quite huge problem in current society, which are not much discussed and not even solved, even though in Czechia the number of people with mental health problems is increasing. In 2017 in Czechia was made the CZEMS survey, which participated 3306 respondents, who were older than 18 years. Based on these results, there is almost 20 % people diagnosed with mental illness in Czechia. This bachelor thesis is orienting at four selected categories of mental illnesses and addictions, which are mood disorders, anxiety disorders, alcohol and drug dependencies. Men have higher prevalence of addictions, mainly alcohol dependency and drug abuse, which are marihuana, cocaine, different narcotics and inhalants. On the contrary, women have rather more risk to be diagnosed with mental illnesses such as mood disorders and anxiety disorders. The analysis also focuses on exact selected illnesses and dependencies, which are depressions, agoraphobia, social phobia, marijuana addiction and tranquilizers dependency. The target of this bachelor thesis is to analyse and describe with the results of the CZEMS survey, how was prevalence of these mental illnesses and dependencies differenced in Czechia in 2017 in association with sex and various age groups.

Keywords

prevalence, mental illnesses, addictions, age groups, sex, CZEMS, Czechia

Number of characters

79062

Obsah

Seznam obrázků, tabulek, grafů a příloh.....	8
Přehled použitých zkratk.....	10
Úvod	11
Výzkumné otázky a hypotézy.....	13
Rešerše literatury	15
Základní teoretické koncepty a definice	17
4.1. Zdraví	17
4.2. Duševní zdraví.....	18
4.3. Současná pohlavní a věková struktura Česka.....	19
Zdroje dat	21
5.1. Šetření CZEMS	21
5.2. Další datové zdroje použité v této práci	23
Metody analýzy	24
Vlastní analýza	26
7.1. Analyzovaná duševní onemocnění	26
7.2. Prevalence a pravděpodobnost vzniku duševních nemocí a závislostí podle pohlaví v Česku v roce 2017	30
7.3. Analýza prevalence duševních onemocnění a závislostí podle věku v Česku v roce 2017	36
7.4. Analýza prevalence duševních onemocnění a závislostí v závislosti na věku a pohlaví v Česku v roce 2017	41

7.5. Analýza prevalence výskytu konkrétních vybraných duševních nemocí a závislostí podle věku a pohlaví v Česku v roce 2017	45
Závěr	49
8.1. Zhodnocení výzkumných otázek a hypotéz.....	49
8.2. Shrnutí výsledků.....	51
Seznam použité literatury.....	52
Seznam datových zdrojů	56
Přílohy	57

Seznam obrázků, tabulek, grafů a příloh

Seznam obrázků

Obrázek č. 1:	Model „duhy“ Dahlgrena a Whiteheada popisující různé determinanty, které ovlivňují zdraví	18
Obrázek č. 2:	Počet respondentů v jednotlivých krajích Česka, šetření CZEMS 2017	22
Obrázek č. 3:	Vzorec indexu maskulinity.....	25
Obrázek č. 4:	Vzorec použitý pro výpočet prevalence v analytické části práce.....	25

Seznam tabulek

Tabulka č. 1:	Prevalence všech vybraných duševních onemocnění a závislostí v Česku podle výsledků šetření CZEMS v roce 2017	26
Tabulka č. 2:	Počet případů jednotlivých kategorií duševních poruch a jejich prevalence podle výsledků šetření CZEMS v Česku v roce 2017	27
Tabulka č. 3:	Podíl respondentů podle počtu zjištěných duševních onemocnění a závislostí v analyzovaných kategoriích ve výsledcích šetření CZEMS v roce 2017 v Česku.....	28
Tabulka č. 4:	Prevalence (v %) výskytu definovaných kategorií duševních poruch podle výsledků šetření CZEMS v Česku v roce 2017 podle pohlaví.....	31
Tabulka č. 5:	Počet respondentů CZEMS v roce 2017 dle jednotlivých kategorií duševních nemocí a závislostí a jejich podíl v celkovém počtu respondentů rozděleno dle jednotlivých pohlaví.....	33
Tabulka č. 6:	Poměr šancí vzniku onemocnění vybranými duševními poruchami či vzniku závislosti mezi jednotlivými pohlavími v Česku v roce 2017 podle výsledků šetření CZEMS.....	34

Tabulka č. 7:	Průměrné věky respondentů šetření CZEMS v Česku v roce 2017 podle pohlaví a kategorie duševního onemocnění	36
Tabulka č. 8:	Prevalence (v %) kategorií duševních nemocí a závislostí podle věkových skupin v Česku v roce 2017 podle výsledků šetření CZEMS	38
Tabulka č. 9:	Prevalence (v %) vybraných duševních nemocí a závislostí pro různé věkové skupiny v Česku v roce 2017 podle výsledků šetření CZEMS	39

Seznam grafů

Graf č. 1:	Věková pyramida Česka k 1. 7. 2017.....	20
Graf č. 2:	Prevalence (v %) duševních poruch podle pohlaví a věkových skupin v Česku v roce 2017 podle výsledků šetření CZEMS.....	42
Graf č. 3:	Prevalence (v %) závislostí podle pohlaví a věkových skupin v Česku v roce 2017 podle výsledků šetření CZEMS.....	43
Graf č. 4:	Prevalence (v %) vybraných duševních onemocnění podle pohlaví a věkových skupin v Česku v roce 2017 podle výsledků šetření CZEMS	46
Graf č. 5:	Prevalence (v %) vybraných typů závislostí podle pohlaví a věkových skupin v Česku v roce 2017 podle výsledků šetření CZEMS.....	47

Seznam příloh

Příloha č. 1:	Prevalence (v %) vzniku duševních nemocí a závislostí u mužů v Česku v roce 2017 v závislosti na věkové skupině podle CZEMS	57
Příloha č. 2:	Prevalence (v %) vzniku duševních nemocí a závislostí u žen v Česku v roce 2017 v závislosti na věkové skupině podle CZEMS.....	57
Příloha č. 3:	Prevalence (v %) vzniku konkrétních vybraných duševních nemocí a závislostí u mužů v Česku v roce 2017 v závislosti na věkové skupině podle výsledků šetření CZEMS.....	58
Příloha č. 4:	Prevalence (v %) vzniku konkrétních vybraných duševních nemocí a závislostí u žen v Česku v roce 2017 v závislosti na věkové skupině podle výsledků šetření CZEMS	58
Příloha č. 5:	Počet případů jednotlivých kategorií duševních nemocí a závislostí podle výsledků šetření CZEMS z roku 2017 v závislosti na desetiletých věkových skupinách.....	59

Přehled použitých zkratk

CZEMS	Czech Mental Health Study
ČSÚ	Český statistický úřad
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
SHARE	The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
OR	Odds Ratio – poměr šancí
WHO	World Hospital Organization – Světová zdravotnická organizace

Kapitola 1

Úvod

Narušené duševní zdraví u mnoha lidí je jedním z aktuálních společenských problémů. Se stále zrychlujícím se světem, větší mírou globalizace, s nástupem moderních technologií a s prodlužováním lidského života, panuje ve společnosti čím dál tím více duševní nepohoda, skleslost i osamělost, které mohou v mnoha případech vést až ke vzniku duševních poruch (Huang et al. 2018). Čím dál častěji se setkáváme s lidmi s nějakými duševními problémy, kteří mají mnohdy potíže přiznat své problémy jak svému okolí, tak sobě samému. Ve společnosti totiž stále najdeme mnoho reprezentantů názoru, že duševně nemocní lidé by měli být vyčleněni ze společnosti (Skorunka 2011).

Neadekvátní pohled na duševně nemocné a podmínky života lidí s duševní poruchou se snaží vyřešit mnoho organizací i samotné státy. World Hospital Organization (WHO) již v roce 2015 vydalo akční plán *The European Mental Health Action Plan 2013–2020* (WHO Europe 2015), jehož cílem je prosadit do roku 2020 různé myšlenky, že lidé s duševními onemocněními si zaslouží v každém věku rovné postavení, jako lidé zdraví apod. V Česku navazuje na tento dokument aktuální reforma duševního zdraví, kterou připravuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky (Štěpanyová 2019). Reforma navrhuje nový *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030*, který by měl pomoci lidem s duševním onemocněním začlenit se lépe do společnosti.

Duševní onemocnění úzce souvisí se sebevraždami, kterým často předchází právě výskyt některé z duševních poruch. U lidí s psychickými problémy se často setkáváme také s nižší nadějí dožití, která je ovlivněna především „komorbiditou s dalšími chronickými onemocněními, jako jsou různé kardiovaskulární nemoci, novotvary či například diabetes mellitus“ (WHO Europe 2015, str. 13).

Vzhledem ke skutečnosti, že „nějakou formou duševní poruchy během života onemocní alespoň během krátké části života každý člověk“ (Horton et al. 2018, str. 1), je předpokladem budoucího vývoje, že lidé pochopí, že lidem s duševním onemocněním je třeba pomáhat. Podle WHO Europe (2015) postihne duševní onemocnění jednou ročně až 1/3 obyvatel evropských zemí. Nejčastěji se objevují případy úzkostných poruch a depresí, které mají vyšší prevalenci u ženské části populace. U mužů se s větší pravděpodobností vyskytují různé formy závislosti. Nejvíce je poté diagnostikována u mužské části populace závislost na alkoholu.

Cílem této bakalářské práce je tedy analyzovat za pomoci výsledků výběrového šetření CZEMS prevalenci a pravděpodobnost vzniku různých kategorií duševních nemocí a závislostí, především úzkostných poruch, poruch nálady, závislostí na alkoholu a závislostí na návykových látkách v roce 2017 podle jednotlivých pohlaví a desetiletých věkových skupin dospělého obyvatelstva Česka.

K analýze prevalence jsou v práci využita data ze šetření CZEMS, které se uskutečnilo v roce 2017 na celém území Česka. Během tohoto šetření zpovídali tazatelé 3306 respondentů starších 18 let. Prevalence je počítána pro různé kategorie duševních nemocí a závislostí, stejně jako pro vybraná konkrétní onemocnění, kterými jsou agorafobie, sociální fobie, deprese, závislost na marihuaně a závislost na sedativech, podle obou pohlaví a věkových skupin. Pro jednotlivé kategorie duševních nemocí a závislostí, úzkostné poruchy, poruchy nálady, závislost na alkoholu a závislost na návykových látkách, je v analytické části vypočítána za pomoci OR i pravděpodobnost vzniku onemocnění dle jednotlivých pohlaví.

První část bakalářské práce se věnuje teoretickému základu analýzy prevalence duševních nemocí. V následující kapitole je představena diskuze dostupné literatury o tématu duševních nemocí. Následuje část, ve které jsou rozebrány výzkumné otázky a hypotézy, kterým se práce věnuje. Poté jsou ve čtvrté kapitole – *Základní teoretické koncepty a definice* – definovány základní pojmy, jako jsou duševní zdraví, determinanty, které ovlivňují celkové zdraví a pohodu člověka, anebo současná pohlavně-věková struktura Česka. Pátá kapitola je věnována popisu a charakteristice zdrojů dat, primárně tedy popisu šetření CZEMS. Další kapitola se věnuje metodice, která byla využita při analýze. Empirická část, sedmá kapitola – *Vlastní analýza*, je věnována výpočtům pravděpodobnosti onemocnění duševními poruchami a analýze prevalence, představení jejich výsledků a v závěru i jejich interpretaci. Poslední kapitola bakalářské práce je věnována shrnutí výsledků a představení závěrů, které vychází z empirické části práce.

Kapitola 2

Výzkumné otázky a hypotézy

V návaznosti na předchozí kapitolu, ve které byl představen cíl práce a základní metody a teorie, které jsou potřeba pro jeho naplnění, tato kapitola – *Výzkumné otázky a hypotézy* – popíše a charakterizuje detailněji otázky, na které poté tato bakalářská práce bude hledat odpovědi. V další části této kapitoly jsou definovány také hypotézy, které práce hodlá potvrdit a označit za pravdivé či naopak jejich pravdivost vyvrátit.

Cíl práce, který se orientuje na analýzu prevalence duševních onemocnění včetně závislosti v Česku v roce 2017 podle výsledků šetření CZEMS, se soustředí na zodpovězení následující výzkumné otázky a na potvrzení několika hypotéz, které byly sestaveny na základě přečtených článků a studií:

Výzkumná otázka č. 1: *Existují rozdíly mezi muži a ženami v různém věku v prevalenci duševního onemocnění v Česku v roce 2017 podle šetření CZEMS?*

Odpověď na tuto otázku má popsat rozdílnost v prevalenci mezi jednotlivými pohlavími a mezi různými věkovými skupinami, což jsou hlavní determinanty této bakalářské práce.

Hypotéza č. 1: *Ženy v Česku mají podle výsledků šetření CZEMS větší prevalenci úzkostných poruch a poruch nálady (deprese, agorafobie apod.).*

U žen je podle výsledků různých šetření a studií vyšší prevalence duševních onemocnění, kterými jsou deprese, agorafobie, sociální fobie, tedy úzkostné poruchy a poruchy nálady (Bijl a Ravelli 1998). Vznik duševních nemocí je poté u žen podmíněn různými faktory, jako je stres, násilí, rozvod nebo další společenské vztahy – Hankin et al. (2007), Oram et al. (2017).

Hypotéza č. 2: *Muži v Česku jsou podle výsledků šetření CZEMS pravděpodobněji závislí na alkoholu či jiných návykových látkách.*

Muži mají oproti ženám mnohem vyšší míru prevalence, že u nich nastane závislost na alkoholu či jiných návykových látkách (Bijl et al. 1998). Závislosti se u mužů mohou formovat již v mládí působením stresu a prostředí, ve kterém žijí (Hankin et al. 2007). Zároveň má na vznik závislosti vliv například postavení mužů ve společnosti, maskulinita, kdy je na muže vytvářen nátlak, který je často řešen špatnými životními návyky, které mohou vést ke vzniku závislosti apod. (Hervey a LeTouze 2013).

Hypotéza č. 3: *S rostoucím věkem se podle výsledků šetření CZEMS zvyšuje v Česku pravděpodobnost, že se u člověka vyskytne duševní onemocnění či závislost.*

S rostoucím věkem se zvyšuje počet symptomů a přibývají nové faktory, které mají vliv na duševní zdraví člověka – WHO (2017), Buber a Engelhardt (2011). Vlivem výskytu více determinantů, které mohou ovlivňovat duševní pohodu člověka, se zvyšuje i míra prevalence duševních onemocnění a závislostí. Onemocnění duševní poruchou poté vede k dřívějšímu úmrtí, jehož příčinou nemusí být duševní nemoc, ale komorbidita, která také může být v pozdějším věku příčinou vzniku duševního onemocnění – Huang et al. (2018), Walker et al. (2015).

Kapitola 3

Rešerše literatury

Následující kapitola se věnuje popisu a diskuzi, v této bakalářské práci použité literatury, která se zabývá duševním zdravím, pohlavím a věkem. V první části představuje text projekty a práce, které publikuje WHO. Další část diskutuje literaturu, která se orientuje více na popis duševních nemocí a pohlavně věkové struktury, než na analýzu jejich prevalence. Těm článkům a publikacím, které jsou spíše empirické a analytické, se věnuje předposlední oddíl této kapitoly. V kapitole je také zmíněno postupné šíření problematiky duševních nemocí mezi širší veřejností. O napsaných kvalifikačních pracech na obdobné téma, jako je *Prevalence duševních onemocnění v Česku v závislosti na pohlaví a věku*, se poté dozví čtenář v poslední části kapitoly.

WHO pravidelně vydává různé publikace a články, které se zaměřují buď na konkrétní onemocnění, či na aktuální problém v oblasti zdraví, jako je například článek *Mental Health of Older Adults* (WHO 2017). Dále se WHO orientuje na publikace či reporty, které analyzují aktuální dění v oblasti nemocnosti, úmrtnosti či nerovnosti v celém světě nebo jednotlivých světových regionech jako je Evropa. Příkladem mohou být publikace *Mental Health: facing the challenges, building solutions* (WHO Europe 2005), anebo novější publikace *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report* (WHO 2013).

Jednotlivé kategorie duševních nemocí a závislostí popisuje nejlépe klasifikace MKN, kterou v českém překladu vydává pravidelně Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR 2018). Další publikací, která se přesně věnuje ještě detailnější charakteristice duševních nemocí a závislostí včetně jejich příčin, je *Diagnostika a terapie duševních poruch* (Dušek a Večeřová-Procházková 2015). Poslední zajímavou publikací, která se primárně soustředí na vysvětlení duševních poruch, je kniha *Čas psychopatů* (Honzák a Honzák 2018), která je vhodná spíše pro širší a laickou veřejnost. Popisuje totiž téma duševních nemocí, konkrétně tedy psychóz, nepříliš odborným jazykem. Z oblasti demografické literatury je v práci využita například kniha *Úvod do demografie* (Srb 1965), ve které je velmi rozsáhle popsán princip analýzy věkové struktury.

Tato bakalářská práce nejvíce pracuje s různými empirickými a diskuzními články či se studii, které se zabývají tématem duševního zdraví. Jedním z nejhlavnějších článků je práce *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development* (Huang et al. 2018), která velmi dobře popisuje determinanty, které ovlivňují zdraví i konkrétně duševní zdraví člověka. Podobným tématem socioekonomických faktorů se zabývá i článek

Estimating the true global burden of mental illness (Vigo et al. 2016). Při analýze a při interpretaci výsledků bylo využito i několik studií a článků, které se věnují tématu genderu a pohlaví – Phillips (2005), Phillips (2008) či Fausto-Sterling (2018). Studie, které se zabývají mentálním zdravím v jednotlivých věcích, nejsou dle mého názoru příliš četné, zajímavé ale byly informace z článku o rozdílech v prevalenci duševních nemocí mezi chlapci a dívkami v pubertě (Hankin et al. 2007). Jednou ze studií, která se také zabývá prevalencí duševních nemocí je *Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech* (Dzúrová et al. 2000). Tato publikace analyzuje výsledky šetření, které proběhlo na území Česka v letech 1998 a 1999. Jednalo se o obdobné šetření, jako je šetření CZEMS. Publikace tak nabízí možnost srovnání zjištěných výsledků a také možnost uvedení, jak se během dvaceti let změnila prevalence duševních nemocí v Česku.

Téma duševních onemocnění a depresí je v poslední době relativně oblíbené, proto také vstupuje do popředí zájmu výzkumníků i široké veřejnosti. V novinových článcích se tak dnes můžeme často dočíst, jaký vliv mají duševní nemoci na společnost – Hromková a Zahradnická (2019), Petrášová (2018). Na téma duševních nemocí již bylo napsáno také několik kvalifikačních prací. Jednou z nejdůležitějších prací je disertační práce *Gender a sociální nerovnosti v oblasti duševního zdraví* (Machů 2017), která se orientuje primárně na popis a analýzu vlivu genderových rolí na duševní zdraví v Evropě. Dále bylo v minulých letech publikováno pár kvalifikačních prací, které se věnují spíše vlivu duševních nemocí na člověka, jeho rodinu, okolí apod. Příkladem může být například diplomová práce *Kvalita života vztahovaná ke zdravotnímu stavu u osob se závažným duševním onemocněním* (Pěčová 2009). Zajímavá je i bakalářská práce, která se zabývá duševními onemocněními a jejich genetickými příčinami – *Genetika psychických onemocnění* (Krčmářová 2019), což může pomoci při diagnostice i léčbě duševních onemocnění.

Kapitola 4

Základní teoretické koncepty a definice

V této kapitole je představena literatura, která byla během psaní bakalářské práce využita, a také základní teorie a definice, které se uplatňují v oblasti duševního zdraví. Jednou z klíčových úloh této kapitoly je vůbec představení definice zdraví a především duševního zdraví, na které se tato bakalářská práce primárně zaměřuje. Dále se čtenář dozví o různých determinantech, které ovlivňují zdravotní stav člověka. Text pokračuje vysvětlením, co jsou to duševní poruchy a jakým způsobem se kategorizují. K detailnějšímu rozboru duševních onemocnění v Česku využívá tato bakalářská práce pohlaví a věkovou strukturu, a proto se poslední podkapitola této části věnuje jejímu popsání.

4.1. Zdraví

V Listině základních práv a svobod se píše: „Každý má právo na život. Lidský život je hoděn ochrany již před narozením.“ (Parlament České republiky 1999). Ochránovat život by mělo znamenat i dbát o zdraví. Obecně lze říci, že zdraví je velmi rozsáhlý pojem. WHO popsala v roce 1948 zdraví definicí, která je používaná dodnes – „zdraví je stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, ne jen absence onemocnění“ (WHO 1948). Přesto, že je definice po celou svou dobu kritizována, nebyla vydaná žádná nová či upravená nebo rozšířená verze (Huber et al. 2011).

Lidské zdraví je, alespoň fiktivně, možné roztřídit na tři rozdílné části – fyzickou (tělesnou), sociální a duševní složku. Tato práce se primárně soustředí na složku duševního zdraví. Je ale důležité podotknout, že všechny tři části spolu úzce souvisí a jsou navzájem propojené.

4.1.1. Determinanty zdraví

Zdraví i jeho součást, duševní zdraví, je ovlivněno mnoha různými faktory. Z části má na zdraví vliv genetická dispozice každého jedince. Svůj vliv má ale i prenatální vývoj a první sociální kontakty (Huang et al. 2018). Zdraví člověka ovlivňuje také svět, ve kterém se člověk dennodenně pohybuje. Tyto vlivy označujeme jako socioekonomické determinanty. Mezi tyto determinanty patří například prostředí, ve kterém člověk žije, výše jeho vzdělání, životní úroveň, postavení v zaměstnání či dostupnost a kvalita lékařské péče.

Socioekonomické determinanty zdraví zjednodušeně popisuje například model „duhy“ (Obrázek č. 1) od Dahlgrena a Whiteheada (1991). Ten zobrazuje všechny složky, které mají vliv

na zdraví. V centru jsou biologické faktory, které jsou neměnné (především věk a pohlaví). Další vliv má životní styl člověka, kam patří například stravování, kouření či třeba vystavování se stresu. Prostřední vrstvou modelu jsou vztahy, které si člověk utváří, které pomáhají k utváření jeho osobnosti. Navazují na to socioekonomické determinanty, jako jsou vzdělání, kvalita a dostupnost zdravotnictví, míra konzumace alkoholu, prostředí, ve kterém člověk žije a podobně (Huang et al. 2018, str. 1566).

Obrázek č. 1: Model „duhy“ Dahlgrena a Whiteheada popisující různé determinanty, které ovlivňují zdraví



Zdroj: Dahlgren a Whitehead (1991) str. 11 — přeloženo

4.2. Duševní zdraví

Duševní zdraví je součástí komplexu zdraví člověka, které by mělo mít stejnou váhu jako zdraví fyzické. Duševní zdraví lze také popsat jako integrovaný celek, který člověku pomáhá v nejrůznějších životních situacích (Huber et al. 2011). Jeho stav ovlivňují genetické předpoklady jedince a také různé sociální determinanty. Pokud se tedy alespoň v jedné z integrovaných částí objeví vada, dochází k oslabení duševního zdraví, což může mít pro člověka i jeho okolí hluboké následky. Například Dzúrová et al. (2000, str. 7) uvádí, že „narušené duševní zdraví vede nejen k duševním poruchám, k poruchám chování a patologickým závislostem, ale ve svém důsledku je mnohdy základnou sociálních konfliktů“.

O stavu, kdy dojde k výraznějšímu narušení duševního zdraví, mluvíme jako o duševním onemocnění či přesněji o duševní poruše (Honzák a Honzák 2018).

4.2.1. Duševní onemocnění

Duševní nemoci jsou poruchy vnitřní pohody, které zasahují člověka z mentální i z fyzické stránky, mají tedy často psychosomatické symptomy. Přesným popisem a léčbou těchto poruch se zabývá především psychiatrie (Černoušek 2017). Duševní poruchy se v lidské společnosti vyskytují v různých formách a v různé síle. Některé mohou člověka a jeho postavení ve společnosti ovlivnit výrazným způsobem – těžká duševní onemocnění (psychóza). Jiné duševní nemoci nemusí být rozpoznatelné ani pro osobu, která je jedinci velmi blízká – lehké duševní poruchy (dystymie). V této souvislosti je také třeba zmínit, že každé duševní onemocnění je závažné a přináší člověku mnoho problémů a omezení.

Duševní poruchy u člověka vznikají působením mnoha různých faktorů, které jsou obdobné jako již zmíněné socioekonomické determinanty zdraví. Vliv mají genetické dispozice člověka, i jeho samotná osobnost, prožitky z dětství, jeho fyzická konstituce, sociální vztahy s rodinou a přáteli, životní styl a další.

Psychiatrie se také zabývá problémem členění závažnosti a příznaků duševních chorob, které mohou být u různých jedinců odlišné a různě silné. Složitě rozdělení duševních nemocí se odborníci pokouší zobecnit využitím různých klasifikací. Nejznámější z nich je MKN–10. Jedná se o *Mezinárodní klasifikaci nemocí*, kterou vydává WHO. Duševními nemocemi se zabývá pátá kapitola – oddíl F. Tato klasifikace popisuje a dělí duševní onemocnění do oddílů dle různých kritérií, nejčastěji podle společných příčin a determinantů. Například skupina *Poruchy nálad* – F30–F39, kam autoři MKN řadí deprese či poruchy, které se projevují euforií, anebo třeba také bipolární poruchu (ÚZIS ČR 2018).

Kritéria pro hodnocení duševních onemocnění nabízí také klasifikace DSM-V – 5. vydání *Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch*, který v pravidelných aktualizacích vydává Americká psychiatrická společnost (American Psychiatric Association 2018).

„Duševní poruchy v různých formách a intenzitě zasáhnou během alespoň krátké části života téměř každého člověka.“ (Vigo et al. 2016, str. 176). Vliv různých onemocnění na člověka v průběhu jeho života lze měřit pomocí ukazatele DALYs – *ztracená délka života v důsledku nemocí*. Skupinu duševní poruchy tvoří v průměru téměř 8 % DALYs jednoho člověka (NIMH 2012).

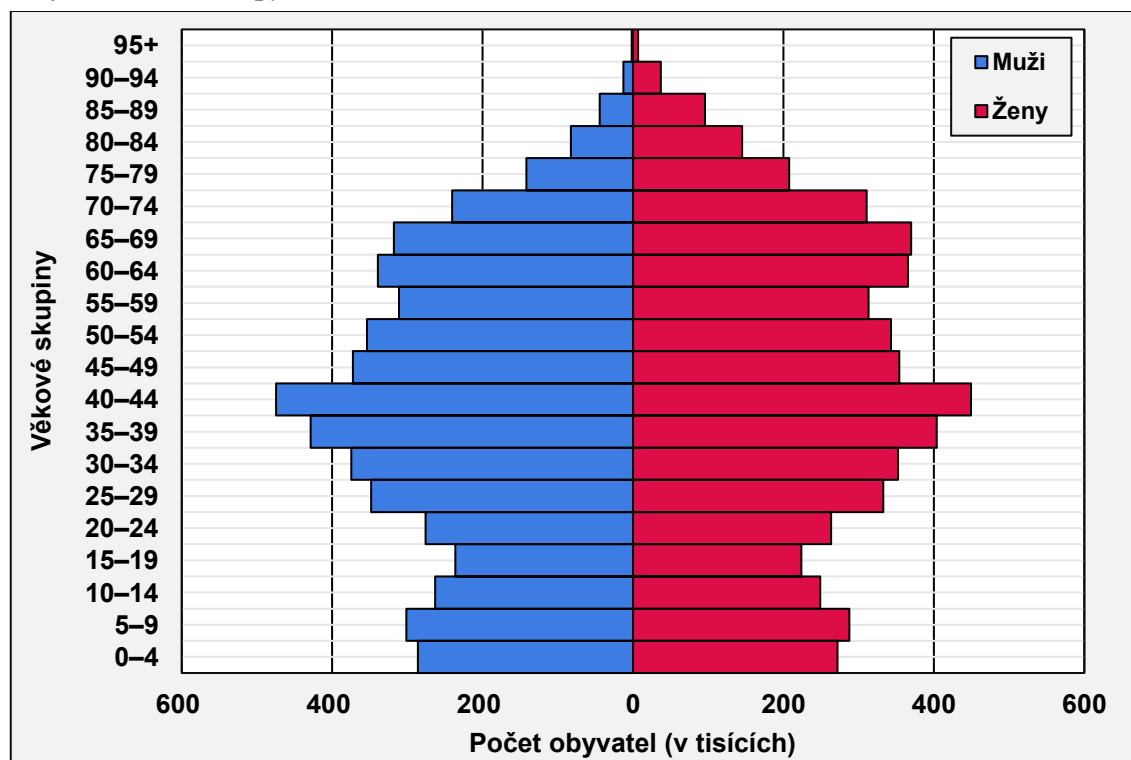
4.3. Současná pohlavní a věková struktura Česka

Struktura obyvatel se dá členit dle různých kritérií – biologického, socio-ekonomického a kulturního (Srb, 1965, str. 59). V této práci je využita především biologická struktura – dělení podle pohlaví a věku.

Současná pohlavně-věková struktura Česka má spíše regresní tvar (Graf č. 1), dochází tedy ke stárnutí obyvatelstva. Stále převažuje podíl produktivní věkové skupiny nad neproduktivní (obyvatelé mladší 20 let a lidé starší 65 let). Index ekonomického zatížení je v tomto případě 64,8 závislých osob na 100 pracujících (Křesťanová 2018). V příštích dekádách se ale očekává, že bude narůstat. Do budoucna tak musí Česko počítat s menším podílem pracujících a s vyšším

počtem ekonomicky závislých osob, přičemž závislé osoby budou hlavně ve starším věku. Právě tento jev, ovlivněný především končícím druhým demografickým přechodem¹, bude do budoucna ovlivňovat chod celé ekonomiky. Lze tedy předpokládat, že bude potřeba změnit sociální systém, rozdělování důchodů a také reformovat lékařskou péči.

Graf č. 1: Věková pyramida Česka k 1. 7. 2017



Zdroj: ČSÚ (2018) – vlastní zpracování v MS Excel

Pokud se zaměříme na rozložení mužů a žen v současné české společnosti, je obecně známo, že je více žen než mužů. Toto tvrzení lze popsat indexem maskulinity, který je pro Česko, pro všechny věkové skupiny roven 97 mužů na 100 žen (ČSÚ 2018 – vlastní výpočet). Mužů se sice v průměru rodí více než žen, ale po 45. roku života, začíná stoupat míra jejich úmrtnosti, mají nižší naději dožití než ženy a umírají tedy v průměru dříve (Demografické informační centrum 2014).

Důležité je také zmínit rozdílné postavení jednotlivých pohlaví ve společnosti. Na muže jsou obecně kladeny vyšší nároky (uživit rodinu, mít kvalitní zaměstnání, neprojevat city, být oporou apod.), které mohou mít vliv na jejich duševní zdraví (Hervey a LeTouze 2013, str. 4). Naopak na ženy může mít vyšší vliv násilí nebo špatné sociální zkušenosti z dětství (Oram et al. 2017).

¹ Druhý demografický přechod – proces, který v Česku nastal koncem 80.let, při kterém se mění především reprodukční chování – poklesla plodnost a sňatečnost, zvýšil se počet rozvodů a mimomanželských soužití, ženy odkládají první porody a mají méně dětí ve vyšším věku, tento proces má vliv na stárnutí obyvatel především v důsledku rození menšího počtu dětí (van De Kaa 2002, str. 9).

Kapitola 5

Zdroje dat

V této kapitole jsou popsány zdroje dat, se kterými tato práce pracuje. Hlavním zdrojem dat, který je představen v první části této kapitoly, je šetření CZEMS *Czech Mental Health Study*. Další oddíl textu je potom věnován ostatním zdrojům dat, které byly taktéž použity během analýz a výpočtů v této bakalářské práci.

5.1. Šetření CZEMS

Šetření CZEMS se uskutečnila na území Česka v roce 2017, mezi 16. říjnem a 20. listopadem. Jednalo se o nevyčerpávající dotazníkové šetření, při kterém bylo 3306 respondentům starším 18 let postupně pokládáno několik základních demografických otázek (věk, pohlaví, zaměstnání...) a následně mnoho detailních otázek na témata související se zdravím a životním stylem. Poslední část otázek byla zaměřená více na duševní pohodu a zdraví respondentů (Winkler et al. 2018).

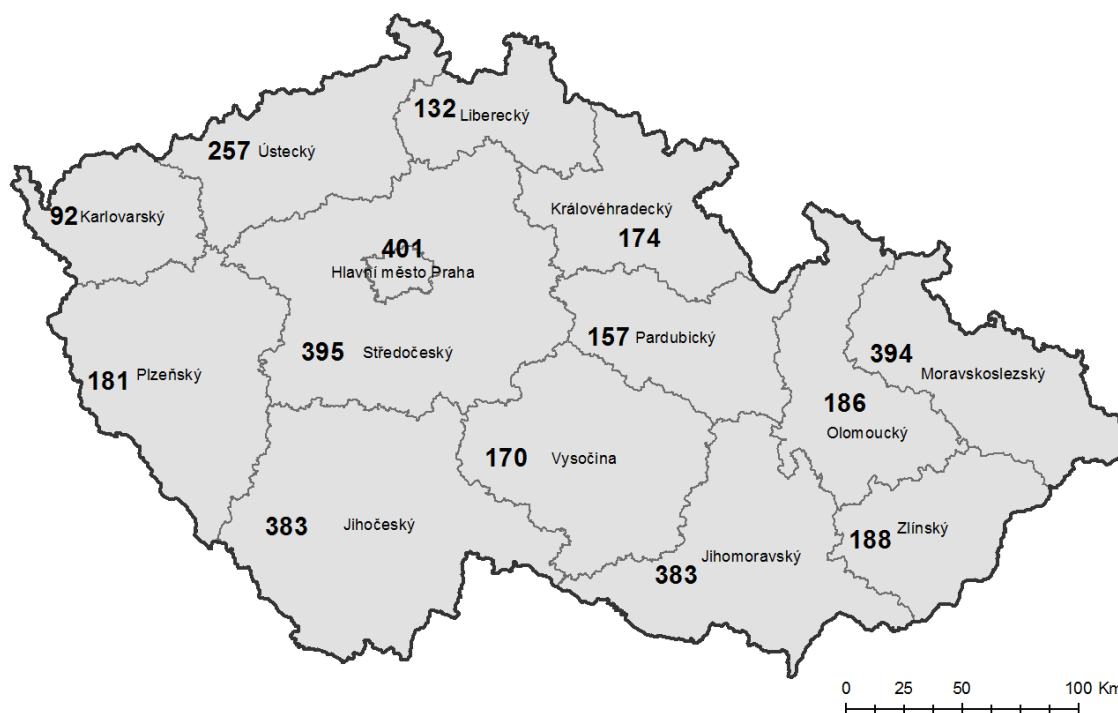
Šetření bylo založeno na náhodném výběru, který autoři výzkumu popisují tak, že bylo náhodně vzato 850 volebních okrsků, kde byly náhodně zvoleny adresy, kam byli posláni jednotliví tazatelé, kteří měli vybrat určenou metodou dům, kde osloví jeho obyvatele v závislosti na datu jeho narození (Winkler et al. 2018, str. 2). Celkově takto komisaři dotazníkového šetření navštívili 5 531 respondentů. Část z nich ale nesouhlasila s účastí v šetření. Šetření mělo podle Winkler et al. (2018) 75 % respondenci. Ve výsledku tedy odpovědělo na dotazník již zmíněných 3 306 respondentů. Data tedy byla vybrána správnou náhodnou formou, metodou náhodné procházky. Lze tedy říci, že se průzkumu účastnilo adekvátní množství respondentů, tudíž je možné data považovat za statisticky způsobilá k analýze. Vzorek za území celého Česka je také reprezentativní za všechny kategorie duševních nemocí a závislostí.

Dotazování bylo prováděno formou PAPI Paper and pen interviewing, které bylo ze statistického pohledu dobrou volbou. Je ale potřeba zmínit, že část respondentů, mohla být v další fázi přizvána i na řízenou diskuzi mezi sebou či mohlo dojít k ještě delším rozhovorům, při kterých se mohli autoři šetření více zaměřit na zážitky a prožitky z období dětství a také z dalších období jejich života. Z šetření by tak bylo možné zjistit i vliv určitých životních situací na duševní zdraví člověka. Několik studií se již tímto tématem zabývalo Thomson et al. (2017) například řeší vliv vzdělání v mládí i ve stáří na výskyt duševních nemocí. Hankin et al. (2007) se naproti tomu

zaměřuje na rozdíly mezi pohlavími v období adolescence v závislosti na situacích, kterými si musí mladiství v tomto období projít. Cermakova et al. (2018) poté například rozebírá vliv ekonomické situace v mládí na budoucí vývoj člověka.

Data z tohoto šetření jsou dostupná za celou Českou republiku. Z údajů u jednotlivých respondentů zjistíme kraj, kde daný respondent žije, a také velikost obce, ve které bydlí. V důsledku je tohle asi nejpodrobnější geografický náhled na soukromá data, co toto šetření mohlo zveřejnit. Rozložení respondentů v jednotlivých krajích je opět zcela náhodné. Platí, že čím více obyvatel má kraj, tím více respondentů se podařilo oslovit (Obrázek č. 2). Nejvíce respondentů bylo z Hlavního města Prahy (404 respondentů), nejméně naopak z Karlovarského kraje (92 respondentů). Právě díky relativně malému počtu respondentů v jednotlivých krajích Česka nelze spočítat míru prevalence mezi kraji, protože se velikostí nejedná o reprezentativní vzorek populace.

Obrázek č. 2: Počet respondentů v jednotlivých krajích Česka, šetření CZEMS 2017



Zdroj dat: NUDZ (2017) – vlastní zpracování v programu ArcMap

5.1.1. Srovnatelnost šetření CZEMS s podobnými šetřeními

V Česku se šetření CZEMS snažilo navázat na některé z předchozích studií na téma duševních nemocí. Jedním z těchto šetření, které je teoreticky možné využít při srovnávání závěrů je *Šetření duševního zdraví pravděpodobnostního výběru z dospělé populace České republiky*, které proběhlo mezi lety 1998 a 1999 (Dzúrová et al. 2000). Právě výsledky tohoto šetření o duševních nemocech jsou v Česku jediné dostupné za uplynulých 20 let. Z metodologických důvodů není avšak možné závěry tohoto šetření porovnat s výsledky ze šetření CZEMS důkladněji.

Jiná rozsáhlá šetření, která by se dala využít na porovnání přesných výsledků prevalence, nebyla publikována. Jedním ze šetření, se kterým by bylo možné výsledky CZEMS srovnat, je šetření SHARE, které se pravidelně uskutečňuje ve většině evropských zemí, včetně Česka.

SHARE pravidelně zjišťuje u jednotlivých respondentů jejich zdravotní stav, sociodemografické údaje i socioekonomické postavení ve společnosti. Problémem tohoto šetření, kvůli kterému ho nelze použít pro srovnání zjištěných výsledků je, že se ho účastní respondenti starší 50 let (SHARE Project 2008). Zároveň je také vhodné zmínit, že na téma duševního zdraví neprobíhají další pravidelná a přístupná šetření, proto nelze zaručit, zda jsou výsledky šetření CZEMS zcela přesné a zda je bude možné použít v budoucnu pro srovnání.

5.2. Další datové zdroje použité v této práci

Dalším zdrojem, který byl v bakalářské práci použit je *Demografická ročenka České republiky z roku 2017*. Tu vydává pravidelně za každý uplynulý rok ČSÚ. Z ročenky je možné získat z devíti kapitol různá demografická data o pohybu obyvatelstva, počtu sňatků, věkové struktuře a podobně. V práci byla k analýze využívána především data z kapitoly *I – Bilance obyvatelstva a analytické údaje* (ČSÚ 2018).

Celkově je *Demografická ročenka České republiky* jedním z nejhodnotnějších datových zdrojů o obyvatelstvu v Česku. Soubor obsahuje i metodické vysvětlivky, čtenář tak může lépe pochopit, jak byla data získána či vypočtena. U většiny tabulek také najdeme rozdělení podle pohlaví i věku, jiné tabulky nabízí například dělení dle krajů, okresů či rodinného stavu. Tato data jsou tak z demografického pohledu velmi vhodná pro různé analýzy obyvatel.

Kapitola 6

Metody analýzy

Tato kapitola bakalářské práce se věnuje popisu veškerých metod a postupů analýzy, které byly využity v její empirické části. V prvním úseku jsou v krátkosti představeny všechny softwarové programy, které byly pro psaní práce použity. Poté se text přesune k detailní charakteristice postupu analýzy, včetně vysvětlení jednotlivých vzorců, které byly využity při výpočtech.

Důležitým softwarovým programem při psaní bakalářské práce byl *MS Word* verze 2016, ve kterém byla samotná práce napsána. Při analýze dat byl nejvíce využit i software od společnosti IBM *SPSS Statistics* ve verzi 20. V tomto programu byla zpracovávána základní data a prováděny analýzy pomocí kontingenčních tabulek. Dalším pomocným programem, ve kterém byly počítány jednotlivé prevalence a především vytvářeny všechny grafy, je *MS Excel*. Nakonec byl pro práci využit i software *ArcMap 10.6*, který byl použit při tvorbě doplňující mapy.

Původní data ze šetření CZEMS, která byla pro práci získána, byla v programu SPSS Statistics. Prvním úkolem analýzy bylo tedy jejich rozřídění v tomto programu do čtyř kategorií, které byly pro vytváření analýzy vybrány. Těmito čtyřmi kategoriemi jsou poruchy úzkosti, poruchy nálady, závislost na alkoholu a závislost na návykových látkách. Dále byly také vyčleněny vybraná duševní onemocnění a závislosti, které jsou taktéž detailněji analyzovaná v následující kapitole. Jako zástupce poruch nálady byly zvoleny deprese v různých formách, jelikož se jedná o jedno z nejvíce diskutovaných a známých duševních onemocnění (Skorunka 2011). Z úzkostných poruch byly pro detailnější analýzu vybrány agorafobie a také sociální fobie. Při porovnání četností výskytu diagnózy duševních onemocnění v šetření CZEMS totiž patřily k poruchám, které byly ve výsledcích šetření nejčastější. Z kategorie závislost na alkoholu nebyla vytříděna žádná specifická porucha, jelikož se jedná o samostatné onemocnění. Opakem je skupina závislostí na návykových látkách, ze které byla vybrána jedna závislost na léčivých látkách – sedativech, a jedna závislost na drogách, konkrétně na marihuaně. Další kategorie, které byly pro potřeby analýzy vytvořeny byly desetileté věkové skupiny. Jelikož šetření CZEMS bylo prováděno pouze na dospělém obyvatelstvu, začínala první věková skupina 18. rokem. V tomto případě vzniklo šest tříd, pomocí kterých byli respondenti rozděleni podle věku takto – 18–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69, 70 a více let.

Všechny tyto kategorie byly analyzovány v první řadě v SPSS Statistics pomocí *deskriptivní statistiky* a *kotnigenčních tabulek*. Zájem byl kladen především na *četnosti* jednotlivých duševních poruch a také *procento respondentů*, u kterých byly podle výsledků dotazníkového

šetření určeny příznaky jednotlivých kategorií duševních onemocnění a závislostí. Poté bylo cílem analyzovat pomocí *poměru šancí* (OR) pravděpodobnost vzniku jednotlivých duševních onemocnění a závislostí podle jednotlivých pohlaví, tedy, jaká je pravděpodobnost, že se duševní porucha u člověka v závislosti na jeho pohlaví vyskytne. Pro ověření správnosti výsledku při výpočtu poměru šancí byl využit *Pearsonův chí-kvadrát test*, jehož nulovou hypotézou je, že náhodné veličiny jsou nezávislé. Pro zobrazení středních hodnot zjištěných rizik a pro srovnání mezi jednotlivými pohlavími a kategoriemi duševních nemocí byl využit *interval spolehlivosti*.

Pro popsání rozdílů ve struktuře obyvatelstva byla využita data z ČSÚ za obyvatelstvo rozdělené podle pohlaví a věkových skupin k 1. 7. 2017, která byla zpracována v MS Excel do formy *věkové pyramidy*. Zároveň byla tato data o obyvatelstvu využita pro výpočet *indexu maskulinity* (Obrázek č. 3).

Obrázek č. 3: Vzorec indexu maskulinity

$$ima = \frac{Pm}{Pz}$$

Zdroj: Pavlík et al. (1986, str. 110)

Dále byla během analýzy počítána *prevalence*. Při jejím výpočtu byla data zpracovávána v MS Excel. Využitý byl vzorec, který počítá míru prevalence na 100 osob (Obrázek č. 4), ten vychází ze *Základů obecné epidemiologie* (Göpfertová nedatováno). Prevalence je v tomto případě rovna podílu počtu aktuálních případů výskytu nemoci ku velikosti populace v daném časovém okamžiku. Jako hodnotu velikost populace byl dosazován celkový počet respondentů zvolený podle jednotlivých demografických charakteristik – muži, ženy, různé věkové skupiny.

Obrázek č. 4: Vzorec použitý pro výpočet prevalence v analytické části práce

$$prevalence = \frac{\text{počet aktuálních případů}}{\text{velikost populace v daném časovém okamžiku}}$$

Zdroj: Göpfertová (nedatováno) – upraveno

U interpretace zjištěných výsledků prevalence je třeba dbát na skutečnost, že analýza byla prováděna na datech z výběrového šetření, kterého se zúčastnilo 3306 respondentů. V některých částech, především při detailní analýze jednotlivých konkrétních duševních onemocnění, může docházet ke zkreslení výsledků, se kterými je potřeba při práci s daty z výběrového šetření počítat. Příkladem faktorů, které mohou ovlivňovat výsledky šetření je problematika generalizace získaných dat, kdy je potřeba náhodně vybraný vzorek aplikovat na celou populaci. Dalším problémem při interpretaci výsledků analýz může být přesnost diagnózy duševních poruch, kdy duševní problém nemusí být u člověka zřetelný či ho samotný člověk nechce přiznat (Dzúrová et al. 2000). Posledním omezením analýzy je problém s rozlišením různých typů a odlišných závažností duševních nemocí (McGrath et al. 2016).

Kapitola 7

Vlastní analýza

Tato kapitola představí čtenáři výsledky analýzy, která byla vytvořena dle výše zmíněné metodiky z dostupných dat, týkajících se prevalence duševních onemocnění v Česku. V první podkapitole analytické části bakalářské práce se text věnuje obecnému popisu případů ze šetření CZEMS a také popisu a vysvětlení jednotlivých rozebíraných kategorií duševních nemocí – poruch nálad, úzkostných poruch a závislostí. V druhé části textu se poté bakalářská práce zaměřuje na popis pravděpodobnosti vzniku duševních poruch podle pohlaví. Ve shrnutí této podkapitoly čtenář zjistí informace o prevalenci jednotlivých kategorií duševních nemocí. Ve třetím oddílu práce jsou poté rozebírány prevalence duševních poruch v různém věku. Na závěr, v poslední části analytické kapitoly, se pak obě dvě analýzy propojují – tato podkapitola zpracovává analýzu podle věku a pohlaví dohromady.

7.1. Analyzovaná duševní onemocnění

Jak již bylo zmíněno v metodické části, pro zjednodušení a především zpřehlednění analýzy a jejích výsledků byla provedena kategorizace duševních nemocí, za které byla v šetření dostupná data. V této podkapitole bakalářské práce jsou právě tyto jednotlivé kategorie představeny, stejně tak jako konkrétní duševní nemoci a závislosti, se kterými empirická část práce pracuje.

Tabulka č. 1: Prevalence všech vybraných duševních onemocnění a závislostí v Česku podle výsledků šetření CZEMS v roce 2017

Prevalence duševních onemocnění a závislostí v Česku	
Obě pohlaví	19,93 %
Muži	22,39 %
Ženy	17,81 %

Zdroj dat: NUDZ (2017) – vlastní úprava a výpočet v MS Excel

Prevalence duševních onemocnění v Česku je pro všechna v dotazníkovém šetření zjišťovaná duševní onemocnění a závislosti rovna za obě pohlaví hodnotě 19,93 % (Tabulka č. 1). Pokud se zaměříme na prevalenci všech duševních nemocí a závislostí pro jednotlivá pohlaví,

zjistíme, že vyšší hodnoty dosahuje u mužské části populace – 22,39 %. U žen je prevalence duševních nemocí a závislostí rovna dle dostupných výsledků ze šetření CZEMS 17,81 %. Obecně je podle výsledků CZEMS označeno 869 případů alespoň jednou ze čtyř kategorií duševních nemocí a závislostí – poruchou nálady, úzkostnou poruchou, závislostí na alkoholu či se závislostí na návykové látce.

Jednotlivé analýzy duševních nemocí a různých závislostí zpracované v této bakalářské práci jsou rozděleny do čtyř speciálních kategorií (Tabulka č. 2). Nejvyšší zastoupení má závislost na alkoholu – 350 respondentů. S 244 respondenty následují úzkostné poruchy, kam patří sociální fobie, agorafobie, panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, posttraumatická stresová porucha a obsedantně kompulzivní porucha. Do poruch nálad, která byla určena podle dotazníku šetření CZEMS u 183 respondentů, patří deprese, dystymie, manická epizoda a hypomanie. Všechna tato duševní onemocnění z kategorie úzkostných poruch a poruch nálady byla analyzovaná u respondentů, u kterých byly během dotazníkového šetření aktuální příznaky. Do výpočtů tak nebyla zařazena data za nemoci, která se u respondentů vyskytovala v minulosti či se v pravidelných intervalech opakují, ale momentálně se u respondenta jejich příznaky nevyskytují. Nakonec jsem zařadila do samostatné kategorie i závislosti na různých návykových látkách, jako jsou závislosti na narkotikách, kokainu, marihuaně, inhalantech, stimulantech, sedativech a dalších, v dotazníku šetření CZEMS přesně neurčených, látkách. Do této kategorie závislých bylo zařazeno 92 respondentů.

Prevalence těchto jednotlivých kategorií podle šetření CZEMS (Tabulka č. 2), se pro Česko pohybují ve většině nad hodnotou 5 %. Výjimku tvoří nejméně často diagnostikované závislosti na návykových látkách, jejichž prevalence je rovna 2,78 %. Nejvyšší prevalenci má naopak závislost na alkoholu, která dosahuje 10,59 %. Z duševních nemocí pak mají vyšší zastoupení úzkostné poruchy, které mají v Česku podle CZEMS prevalenci 7,38 %. Poruchy nálady jsou poté rovny prevalenci 5,54 %.

Tabulka č. 2: Počet případů jednotlivých kategorií duševních poruch a jejich prevalence podle výsledků šetření CZEMS v Česku v roce 2017

Kategorie duševních poruch	Celkem případů	Prevalence (v %)
Poruchy nálady	183	5,54
Úzkostné poruchy	244	7,38
Závislost na alkoholu	350	10,59
Závislost na návykových látkách	92	2,78

Zdroj dat: NUDZ (2017) – vlastní úprava a výpočet v SPSS Statistics a MS Excel

Tyto kategorie duševních nemocí a závislostí byly vytvořeny pro lepší srovnatelnost výsledků. V datech ze šetření CZEMS najdeme také informace o počtech respondentů, kterým byla zjištěna psychóza. Tyto výsledky ale mohou být nepřesné, jelikož psychózy jsou obtížněji diagnostikovatelné, jak ukazuje například studie od McGrath et al. (2016). Stejně jako psychózy

bylo z analýzy vyloučeno i riziko sebevraždy. Nejedná se o duševní onemocnění ani o závislost, ale jde jen o jejich důsledek či v tomto šetření zajímavý doplněk k analýze duševních poruch.

Důležité je také podotknout, že u některých respondentů jsou v datech ze šetření CZEMS určeny i komorbidity duševních nemocí i závislostí (Tabulka č. 3). U 14,73 % respondentů byla zjištěna pouze jedna z kategorií duševních nemocí a závislostí. Různá komorbidita duševních onemocnění a závislostí se pak vyskytuje u 5,20 % respondentů. Z nich je největší podíl lidí se dvěma diagnózami – 4,14 %. Nejmenší podíl potom zastupují respondenti se čtyřmi duševními poruchami a závislostmi, necelá desetina procenta – 0,09 %. U těchto dotazovaných se tak vyskytovaly příznaky ve všech čtyřech kategoriích duševních nemocí a závislostí, se kterými v této práci pracuji.

Tabulka č. 3: Podíl respondentů podle počtu zjištěných duševních onemocnění a závislostí v analyzovaných kategoriích ve výsledcích šetření CZEMS v roce 2017 v Česku

Počet duševních onemocnění z vybraných kategorií	Podíl respondentů (v %)
žádné	80,07
jedno	14,73
dvě	4,14
tři	0,97
čtyři	0,09

Zdroj dat: NUDZ (2017) – vlastní úprava a výpočet v MS Excel

7.1.1. Poruchy nálady

Mezi poruchy nálady řadí tato bakalářská práce již zmíněné deprese, dystymii, manickou epizodu a hypomani. Tyto nemoci mají společné to, jak již z názvu podkapitoly vyplývá, že při nich dochází ke změnám nálady. Dalšími symptomy jsou i celková změna aktivity člověka a jeho chování ve společnosti. Příkladem může být třeba roztěkanost, bludy nebo u hypomanie, zvýšené množství energie. U deprese se naopak setkáváme spíše s celkovou skleslostí, únavou, nechutí, ztrátou zájmu o své koníčky apod. (ÚZIS ČR 2018).

V současnosti se poruchy nálady staly relativně rozebíraným tématem nejen mezi odbornou veřejností. Hlavní důraz je kladen na problematiku depresí, která se dostává, především vlivem rychlejšího životního tempa, stárnutí populace a třeba i větším nátlakem společnosti na jedince, do popředí zájmu (Huang et al. 2018, str. 1560). Deprese mají „nejčastěji prvotní příčiny již v mládí“ (Horton et al. 2018, str. 1). Setkáváme se s nimi ale v průběhu celého života. Ovlivňují člověka tak, že není schopen „naplnit svůj potenciál, narušují jeho lidský kapitál a zároveň má člověk větší riziko předčasného úmrtí, kdy je příčinou často sebevraždy či důsledek komorbidity v podobě chronických onemocnění“ (Horton et al. 2018, str. 1).

7.1.2. Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy mají společný znak – u člověka, který nemocí trpí se vyskytují velmi silné pocity úzkosti. Jejich projevy jsou ovlivněny různými symptomy, které úzkost způsobují. Například agorafobie je vyvolána strachem z opuštění domova nebo návštěvou přelidněných míst. Dále se k úzkostným poruchám řadí i sociální fobie, kdy se nemocný snaží vyhýbat styku s lidmi, jelikož se bojí, že ho budou soudit a kritizovat (ÚZIS ČR 2018).

K úzkostným poruchám se řadí i panická porucha a generalizovaná úzkostná porucha. Ty mají společné to, že nejsou přímo vyvolány určitou situací. Jsou tedy nepředvídatelné a tím více mohou člověka omezit. Dalším příkladem nemoci je obsedantně–kompulzivní porucha, při které člověk pociťuje vtíravé zneklidňující myšlenky, kterých se mu podaří zbavit až po několikátém zopakování rituálů či určitých činů. Často se jedná například o několikaminutové opakované mytí rukou, protože nemocný člověk neustále myslí na to, že jsou nadále plné bakterií, kvůli kterým může onemocnět (ÚZIS ČR 2018). Mezi úzkostné poruchy se řadí podle MKN i reakce na stresové situace, anebo například hypochondrická porucha či transové stavy a posedlost (ÚZIS ČR 2018).

7.1.3. Závislost na návykových látkách a závislost na alkoholu

Člověk si může vytvořit závislost na mnoha různých předmětech, pocitech, činnostech či látkách. Od jednoduchých až banálních závislostí, jako může být například závislost na běhání či čokoládě, přes závislost na tabáku či stimulačních látkách, až po závislosti na alkoholu, anebo tvrdých drogách.

V této bakalářské práci se zabývám závislostí na různých drogách i lécích, jejichž užívání bylo zjišťováno u respondentů v rámci šetření CZEMS. Odborníci definují závislost na návykových látkách jako „stav tělesné nebo psychické závislosti, nebo obou závislostí na droze (léku), která se objevuje u osob požívajících tuto látku periodicky nebo kontinuálně“ (Dušek a Večeřová-Procházková 2015, s. 218). Konzumace veškerých návykových látek ovlivňuje společnost. Užívání psychotropních látek tak lze označit za společenský problém (Dušek a Večeřová-Procházková 2015).

Další závislostí, kterou konkrétně analyzuji v této práci je závislost na alkoholu, alkoholismus. O míře škodlivosti užívání alkoholu se vedou mnohaleté diskuze a výzkumy. Obecně se nepravidelné pití alkoholu v malém množství nepovažuje za nebezpečné. „Pokud ale spotřeba alkoholu dosáhne takového stupně, že škodí buď jedinci, společnosti, nebo oběma, hovoříme již o závislosti“ (Dušek a Večeřová-Procházková 2015, s. 210). Závislost na alkoholu se vyskytuje v různé síle. Vliv na míru závislosti má přitom především osobnost každého člověka (Dušek a Večeřová-Procházková 2015).

7.1.4. Interpretace výsledků prevalence duševních onemocnění v Česku v roce 2017 podle výsledků šetření CZEMS

Míra prevalence duševních onemocnění a závislostí v Česku je relativně vysoká. Dle výsledků šetření CZEMS, je tato prevalence pro obě pohlaví celkově rovna 19,93 % (Tabulka č. 1). Můžeme tedy říci, že v Česku se k roku 2017 potýkala až pětina obyvatel s nějakou formou duševní nemoci či závislosti. Pokud srovnáme zjištěné výsledky například s výsledky

nizozemského šetření, které se uskutečnilo již v roce 1998, zjistíme, že hodnota prevalence je více jak dvojnásobná než ta z roku 2017 v Česku. V Nizozemí se prevalence duševních nemocí u dospělé populace mladší 65 let rovnala 41,2 % (Bijl et al. 1998).

7.2. Prevalence a pravděpodobnost vzniku duševních nemocí a závislostí podle pohlaví v Česku v roce 2017

Následující část bakalářské práce se zabývá v prvním úseku analýzou prevalence v závislosti na pohlaví v Česku. Další část podkapitoly se poté věnuje poměru šancí vzniku duševních nemocí a závislostí podle jednotlivých pohlaví, kde ve výpočtech tvoří exponovanou skupinu muži.

V první řadě je třeba pochopit rozdělení dle pohlaví obecně – zcela přirozeně se na Zemi odnepaměti vyskytují dvě pohlaví – samčí a samičí, či v případě lidí mužské a ženské. Podstatou dvojího pohlaví je rozmnožování. V dnešní době se setkáváme často s pojmem gender. V případě genderu se jedná spíše o postavení člověka ve společnosti a jeho role, než o biologickou podstatu. Gender je „sociálně konstruovaná role, která je přiřazována jedinci společností dle toho, zda je člověk muž či žena“ (Phillips 2008, s. 368). Fausto-Sterling (2018) ve svém článku dokonce upozorňuje na více než dualitu pohlaví. Tato bakalářská práce se ale bude soustředit na dvě pohlaví, tedy na biologické rozdělení muž a žena, která byla zaznamenána v šetření CZEMS. Pokud se v budoucnu uskuteční další šetření, bylo by vhodné do dotazníku zařadit například i otázku, jestli se člověk necítí být jiným pohlavím.

Obecně jsou pohlaví biologicky odlišitelná podle primárních a sekundárních pohlavních znaků. Z některých výzkumů, například Hervey a Le Touze (2013) či Henkin, Mermelstein a Roesch (2007), vyplývá, že existuje rozdíl mezi pohlavími i v náchylnosti na duševní poruchy vlivem postavení ve společnosti – diferenciací tedy spíše z genderového než biologického pohledu.

V šetření CZEMS, jehož data jsou v této bakalářské práci využita, se tazatelé ptali 1774 žen a 1532 mužů. Analýzy, které budou v této kapitole prováděny, mají tedy téměř shodné zastoupení mezi pohlavími. Podle pohlaví byly analyzovány čtyři vybrané kategorie duševních nemocí. V následujících částech bakalářské práce se tedy čtenář dozví o prevalenci poruch nálady, úzkostných poruch, závislosti na alkoholu a závislosti na návykových látkách podle jednotlivých pohlaví v Česku.

7.2.1. Prevalence duševních nemocí a závislostí podle pohlaví v Česku v roce 2017

Tato podkapitola se zabývá analýzou prevalence duševních nemocí a závislostí v závislosti na pohlaví člověka. Obecně se tvrdí, že ženy mají vyšší prevalenci, že onemocní duševními nemocemi, jako jsou, v této bakalářské práci do dvou kategorií vyčleněné, úzkostné poruchy a poruchy nálady. Naopak je potvrzeno odborníky, že u mužské části populace častěji vzniká závislost na alkoholu a návykových látkách, tím pádem je také vyšší jejich prevalence. Právě tato část bakalářské práce hodlá zanalyzovat výsledky šetření CZEMS a podle nich určit pravdivost výše zmíněných tvrzení a zjistit, zda jsou uchopitelná i pro Česko.

Prevalence je v Česku nejvyšší pro kategorii závislosti na alkoholu u mužské části populace. Její hodnota dosahuje 16,84 závislých osob na 100 dospělých mužů. U žen, dosahují nejvyšší míry prevalence úzkostné poruchy, kam se dle MKN řadí sociální fobie, agorafobie, panické poruchy a další onemocnění (ÚZIS ČR 2018). Celková prevalence pro tyto poruchy je u žen 10,09 %. Naopak u mužů dosahují poruchy nálady nejmenší prevalence ze všech čtyřech analyzovaných kategorií – 3,59 %. Nejmenší prevalenci u žen mají oproti tomu závislosti na návykových látkách. Pravděpodobnost, že se žena stane závislou na návykové látce je 1,97 %. U mužů je prevalence mírně vyšší, dosahuje hodnoty 3,72 %. Největší rozdíl mezi mužskou a ženskou částí populace je u kategorie závislosti na alkoholu. U mužů je již zmiňovaná prevalence rovna 16,84 %, u žen dosahuje hodnoty pouhých 5,19 % (Tabulka č.4). Výrazný rozdíl v prevalenci závislosti na alkoholu mezi muži a ženami je možné vysvětlit různým postavením jednotlivých pohlaví k řešení problémů a situací, i k rozdílnému životnímu stylu, kdy muži častěji riskují (Hankin et al. 2007) či jsou oproti ženám více náchylní k pití alkoholu při řešení těžkých a stresových životních situací (Hervey a LeTouze 2013).

Tabulka č. 4: Prevalence (v %) výskytu definovaných kategorií duševních poruch podle výsledků šetření CZEMS v Česku v roce 2017 podle pohlaví

	Poruchy nálady	Úzkostné poruchy	Závislost na alkoholu	Závislost na návykových látkách
Muži	3,59	4,24	16,84	3,72
Ženy	7,22	10,09	5,19	1,97

Zdroj dat: NUDZ (2017) – vlastní výpočet a úprava v programu MS Excel

7.2.2. Pravděpodobnost onemocnění duševním onemocněním v závislosti na pohlaví v Česku v roce 2017

Tato část bakalářské práce se věnuje pravděpodobnosti vzniku duševních onemocnění, jako jsou poruchy nálady a úzkostné poruchy, mezi jednotlivými pohlavími v Česku. Vliv na vznik a vývoj poruch nálad a úzkostných poruch může mít mnoho faktorů, jako jsou například sociální status člověka, jeho vývoj a životní situace v dětství, kvalita jeho vztahů apod. (Huang et al. 2018).

První analyzovaná kategorie duševních onemocnění jsou poruchy nálady. Z dostupného vzorku respondentů trpělo jakoukoliv poruchou nálady v absolutních počtech 128 žen a 55 mužů (Tabulka č. 5). Z výpočtů, které pomocí čtyřpolní tabulky zkoumaly pravděpodobnost šancí, že člověk onemocní poruchou nálady dle jednotlivých pohlaví, vyplývá, že větší pravděpodobnost, že onemocní poruchou nálady, mají ženy (Tabulka č. 6). OR vychází podle výsledků z šetření CZEMS rovno 0,48 ($p < 0,001$). Exponovanou skupinou jsou muži – ti tak mají 0,48× menší pravděpodobnost onemocnění poruchou nálady.

Nejčastěji se mezi poruchami nálad vyskytují deprese. Příznaky deprese byly během dotazníkového šetření CZEMS zaznamenány u 103 žen a 29 mužů. Deprese se častěji vyskytují u ženské části populace. Pravděpodobnost onemocnění depresí je větší u žen. OR je rovno 0,313 ($p < 0,001$). Muži mají tedy oproti ženám 0,31× menší pravděpodobnost, že onemocní depresí (Tabulka č. 6).

Úzkostné poruchy ovlivňují život nemocného člověka ze společenského úhlu pohledu více, než poruchy nálad. Nemocný může mít strach i jen z odchodu z domova a podobných, pro zdravého člověka obvyklých, situací. V případě těchto typů onemocnění mají podle šetření CZEMS mnohem větší prevalenci ke vzniku úzkostné poruchy ženy. Onemocnění úzkostnou poruchou bylo určeno u 179 žen a jen u 65 mužů (Tabulka č. 5). Pokud se zaměříme přímo na šanci, že člověk onemocní úzkostnou poruchou, pravděpodobnost je větší u ženské části populace. Muži mají 0,40× menší šanci, že se u nich vyskytne jakákoliv úzkostná porucha. Poměr šancí je roven 0,40 ($p < 0,001$) (Tabulka č. 6).

Mezi úzkostné poruchy patří například agorafobie (ÚZIS ČR 2018). Ta je obecně popsateľná jako strach z vycházení z domu či jako strach z otevřených prostor. Symptomy tohoto onemocnění byly zjištěny během dotazníkového šetření CZEMS u 124 žen a 48 mužů (Tabulka č. 5). Pravděpodobnost, že člověk onemocní v průběhu života agorafobií je větší u žen. OR je rovno 0,43 ($p < 0,001$). 0,43× menší pravděpodobnost onemocnění agorafobií mají tedy oproti ženám muži (Tabulka č. 6).

Další poruchou, kterou řadí MKN do úzkostných poruch, a která je také v této práci samostatně analyzovaná, je sociální fobie. Její příznaky byly během dotazníkového šetření CZEMS diagnostikovány u 46 žen a 11 mužů (Tabulka č. 5). V případě sociální fobie je pravděpodobnost onemocnění opět vyšší u žen. OR onemocnění sociální fobií v průběhu života je rovno 0,27 ($p < 0,001$). Muži tak mají 0,27× menší pravděpodobnost, že sociální fobií onemocní (Tabulka č. 6).

7.2.3. Pravděpodobnost vzniku závislosti na alkoholu anebo návykové látce podle pohlaví v Česku v roce 2017

Následující podkapitola bakalářské práce se věnuje analýze počtu respondentů, kteří podle výsledků šetření CZEMS vykazují známky závislosti na alkoholu či návykové látce. Dále je v této části textu věnována pozornost i výpočtu relativního rizika vzniku závislosti v Česku v roce 2017. Jak již bylo zmíněno výše, problematika závislostí by měla být důležitým tématem v současné české společnosti. Z výsledků dotazníku avšak vyplývá, že různým typem závislosti trpí relativně velká část populace a prevalence, že se člověk stane závislým na alkoholu, také není malá, jak již bylo zjištěno v předchozí podkapitole.

Závislost na alkoholu byla diagnostikována během šetření CZEMS u nejvyššího počtu dotazovaných, u 350 respondentů. Z větší části se jednalo o mužskou část populace. Z absolutních údajů vyplývá, že závislost na alkoholu byla podle dotazníku CZEMS určena u 258 mužů a u 92 žen (Tabulka č. 5). Ze zjištěného počtu lidí trpících na alkoholismus vychází, že mnohem větší pravděpodobnost vzniku závislosti na alkoholu mají muži. Konkrétně je u nich šance, že vznikne závislost na alkoholu 3,7× větší, než u žen (Tabulka č. 6). OR je v tomto případě rovno 3,702 ($p < 0,001$).

Opakem jsou závislosti na návykových látkách. Z výsledků šetření CZEMS ale vyplývá, že závislost na návykových látkách není v Česku zcela zřetelným problémem. Příznaky závislosti na návykové látce mělo podle dotazníkového šetření CZEMS rovných 57 respondentů mužského pohlaví a 35 respondentů ženského pohlaví (Tabulka č. 5). Pravděpodobnost vytvoření závislosti

je pak v konečném stavu vyšší pro muže. Ti mají 1,92× větší pravděpodobnost než ženy, že se stanou závislí na některé z návykových látek ($p < 0,05$) (Tabulka č. 6). Mezi tyto látky patří například marihuana, kokain či sedativa.

Pro důkladnější porovnání závislostí byla pro analýzu zvolena jedna drogová závislost a jedna závislost na lécích. Pokud se tedy podíváme na závislost na drogách, konkrétně na zvolené závislosti na marihuaně, zjistíme skutečnost, že k této závislosti mají větší sklony muži. Závislost na marihuaně byla v datech ze šetření CZEMS uvedena u 38 mužů a 12 žen (Tabulka č. 5). Šance vzniku závislosti je v tomto případě větší pro muže (Tabulka č. 6). Poměr šancí je pro muže, jako pro exponovanou skupinu, roven 3,735 ($p < 0,001$). Muži tedy mají 3,74× větší pravděpodobnost než ženy, že u nich nastane v průběhu života závislost na marihuaně.

Pro srovnání, jako léčivá látka, na kterou je si možné také vytvořit závislost, byla vybrána sedativa. V tomto případě byly zjištěny příznaky závislosti na sedativech podle výsledků šetření CZEMS u 14 žen a 6 mužů (Tabulka č. 5). Pravděpodobnost vzniku této závislosti je považována vlivem malého vzorku za nesignifikantní. OR je v tomto případě 0,494 (p -hodnota je 0,142, $p > 0,05$). Větší pravděpodobnost vzniku závislosti na sedativech tak mají ženy (Tabulka č. 6).

Tabulka č. 5: Počet respondentů CZEMS v roce 2017 dle jednotlivých kategorií duševních nemocí a závislostí a jejich podíl v celkovém počtu respondentů rozděleno dle jednotlivých pohlaví

	Kategorie duševních nemocí	Pohlaví			
		ženy		muži	
		výskyt DN	bez DN	výskyt DN	bez DN
Počet respondentů s daným duševním onemocněním či závislostí (v závorce podíl respondentů na celkovém počtu dle pohlaví v %)	Poruchy nálady	128 (7,22)	1646 (92,87)	55 (3,59)	1477 (96,41)
	Deprese	103 (5,81)	1671 (94,19)	29 (1,89)	1503 (98,11)
	Úzkostné poruchy	179 (10,09)	1595 (89,91)	65 (4,24)	1467 (95,76)
	Agorafobie	124 (6,99)	1650 (93,01)	48 (3,13)	1484 (96,87)
	Sociální fobie	46 (2,59)	1728 (97,41)	11 (0,72)	1521 (99,28)
	Závislost na alkoholu	92 (5,19)	1682 (94,81)	258 (16,84)	1274 (83,16)
	Závislost na návykové látce	35 (1,97)	1739 (98,03)	57 (3,72)	1475 (96,28)
	Závislost na marihuaně	12 (0,68)	1762 (99,32)	38 (2,48)	1494 (97,52)
	Závislost na sedativech	14 (0,79)	1760 (99,21)	6 (0,46)	1525 (99,54)

Zdroj dat: NUDZ (2017) – vlastní výpočet a úprava v SPSS Statistics a MS Excel; *DN jsou duševní nemoci

Tabulka č. 6: Poměr šancí vzniku onemocnění vybranými duševními poruchami či vzniku závislosti mezi jednotlivými pohlavími v Česku v roce 2017 podle výsledků šetření CZEMS

	OR*	95% interval spolehlivosti	p-hodnota
Poruchy nálady	0,479	0,35 – 0,66	<0,001
Deprese	0,313	0,21 – 0,48	<0,001
Úzkostné poruchy	0,395	0,30 – 0,53	<0,001
Agorafobie	0,430	0,31 – 0,61	<0,001
Sociální fobie	0,272	0,14 – 0,53	<0,001
Závislost na alkoholu	3,702	2,89 – 4,75	<0,001
Závislost na návykové látce	1,920	1,25 – 2,94	0,002
Závislost na marihuaně	3,735	1,95 – 7,17	<0,001
Závislost na sedativech	0,494	0,19 – 1,29	0,142

Zdroj dat: NUDZ (2017) – vlastní výpočet a úprava v SPSS Statistics a MS Excel; *exponovaná skupina – muži; pro výpočet p-hodnoty byl využit Pearsnův chí-kvadrát test

7.2.4. Interpretace výsledků analýzy rizika a prevalence duševních nemocí podle pohlaví v Česku v roce 2017 podle šetření CZEMS

Pokud se zaměříme na výsledky prevalence duševních nemocí dle jednotlivých pohlaví, zjistíme, že obecně mají vyšší prevalenci onemocnění duševní poruchou či vzniku závislosti muži – 19,93 %. Ženy mají hodnotu prevalence mírně nižší než muži – 17,81 % (Tabulka č. 1). Při detailním pohledu u konkrétních kategorií duševních nemocí a závislostí ale analýza ukázala, že muži mají vyšší prevalenci vzniku závislostí na alkoholu a návykových látkách. Naopak ženy spíše onemocní duševní poruchou, jako jsou poruchy nálady či úzkostné poruchy. Tento rozdíl naznačují i další studie, příkladem může být například Bijl a Ravelli (1998) nebo Hankin et al. (2007), kteří toto tvrzení o různé prevalenci dle pohlaví potvrzují.

Vliv na rozdílnou prevalenci podle pohlaví může mít například postavení jednotlivých pohlaví ve společnosti. Stále existuje nerovnost mezi jednotlivými pohlavími. Zároveň může mít vliv i gendrové postavení. Na muže je obecně kladen vyšší nátlak ve spojitosti s jejich mužností, kdy mají zajistit finančně rodinu, mít kvalitní a spokojený život a dobrou kariéru. Někdy se

pod vlivem těchto okolností mohou dostat do stresových situací, které spíše řeší konzumací alkoholu či drog, případně jinými typy závislostí, jako je například gambling (Hervey a LeTouze 2013). Problém závislostí může u mužů vznikat již v mládí, kdy jsou chlapci vystaveni stresu ve škole či mezilidských vztazích a především vlivem hormonálních změn v dospívání (Hankin et al. 2007).

Společenské normy, které ovlivňují spíše ženskou část populace, jsou spojeny více se sociálními a rodinnými vazbami. Na ženy v tomto ohledu také působí stres, který se oproti mužům projevuje častěji vznikem duševních onemocnění, jako jsou úzkostné poruchy či poruchy nálady. Sampson et al. (2009, str. 785) ale upozorňuje, že s postupným nárůstem genderové rovnosti narůstá počet případů žen, které jsou postiženy spíše vznikem závislosti na alkoholu či návykové látce.

7.3. Analýza prevalence duševních onemocnění a závislostí podle věku v Česku v roce 2017

Věk člověka je jedním z hlavních demografických ukazatelů a charakteristik, s jejíž pomocí lze určit různé životní události a zařadit je do longitudinálního pohledu na život člověka. Právě v této podkapitole je analyzováno rozložení duševních onemocnění z dat ze šetření CZEMS v jednotlivých desetiletých věkových skupinách. První část podkapitoly se věnuje popisu průměrných věků u jednotlivých kategorií duševních nemocí a závislostí dle pohlaví. Další část navazuje analýzou prevalence duševních poruch a závislostí dle desetiletých věkových skupin. V poslední části podkapitoly se analýza bakalářské práce věnuje prevalenci konkrétních duševních onemocnění a závislostí v jednotlivých věkových skupinách.

7.3.1. Průměrný věk respondentů CZEMS s diagnózou duševního onemocnění

Před začátkem vlastní analýzy podle věku je vhodné představit průměrné věky respondentů, u kterých bylo určeno podle dotazníku CZEMS nějaké duševní onemocnění či některá závislost. Nejnižšího průměrného věku v šetření CZEMS dosahovali respondenti, kterým byla diagnostikována závislost na návykových látkách (Tabulka č. 7). Za obě pohlaví dosahoval v této kategorii průměrný věk hodnoty 38,62 roku. Ještě nižší průměrný věk pak měli muži závislí na návykových látkách – 36,26 roku. Ženy v této kategorii celkový průměr zvyšovaly, jejich průměrný věk je roven 42,46 roku. Rozdíl mezi oběma pohlavími právě v této kategorii, závislost na návykových látkách, je z celého šetření největší – je roven téměř sedmi rokům. Celkově nejvyšších hodnot naopak dosahovaly úzkostné poruchy. Celkově se za obě pohlaví průměrný věk rovná 52,46 roku. Z výsledků analýzy CZEMS je to jediná kategorie, která za obě pohlaví přesáhla průměr 50 let. Nejmenší rozdíl průměrů mezi pohlavími je v kategorii úzkostných poruch. U žen je průměrný věk respondentek s úzkostnou poruchou roven 52,44 rokům. U mužů je jen mírně vyšší, dosahuje hodnoty 52,52 roku. Vliv na takovýto malý rozdíl mohou mít například různé faktory, které podporují vznik úzkostných poruch. Ty v tomto případě nebudou tak závislé na pohlaví. Může se například jednat o pocity osamění nebo méněcennosti, které se vyskytují u mužů i u žen.

Tabulka č. 7: Průměrné věky respondentů šetření CZEMS v Česku v roce 2017 podle pohlaví a kategorie duševního onemocnění

	Průměrný věk (směrodatná odchylka)		
	ženy	muži	celkem
Poruchy nálady	50,70 (18,52)	44,61 (19,34)	48,72 (18,97)
Úzkostné poruchy	52,44 (17,72)	52,52 (17,47)	52,46 (17,63)
Závislost na alkoholu	41,36 (15,37)	44,18 (16,49)	43,44 (16,23)
Závislost na návykových látkách	42,46 (18,26)	36,26 (15,54)	38,62 (16,80)
Celkem	48,97 (17,40)	48,65 (16,95)	48,82 (17,19)

Zdroj dat: NUDZ (2017) – vlastní úprava a zpracování v SPSS Statistics a MS Excel; tučně vyznačeny nižší průměrné věky

Tato analýza tedy pomohla zjistit, že lze očekávat, že závislosti budou mít vyšší prevalenci u mladších osob. Naopak můžeme tušit, že duševní onemocnění budou pravděpodobněji diagnostikována spíše u starších obyvatel Česka.

7.3.2. Prevalence jednotlivých kategorií duševních nemocí a závislostí dle věku v Česku v roce 2017

Po předchozí podkapitole, která analyzovala průměrné věky nemocných respondentů dle jednotlivých kategorií duševních nemocí a závislostí, jenž pomohla určit představu o prevalenci těchto poruch, se tato část textu zabývá přímo analýzou prevalencí pro desetileté věkové skupiny. Tato podkapitola analyzuje prevalenci jednotlivých kategorií duševních nemocí a závislostí.

Z výsledků této analýzy vyplynul zajímavý jev – na rozdíl od ostatních kategorií, je prevalence poruch nálady v průběhu života téměř konstantní (Tabulka č. 8). Nejvyšších hodnot prevalence dosahuje v nejmladší věkové kategorii 18 až 29 let. V tomto případě je její hodnota rovna 7,96 %. V mládí se tak nejvíce projevují faktory, které způsobují vznik poruch nálady. V 18 až 29 letech může jít především o nejrůznější stresové situace a vliv celkových hormonálních, fyzických i společenských změn v pubertálním období (Hankin et al. 2007). Poruchy nálady mají nejvyšší výkyv v prevalenci ve věkové skupině 50–59 let, kdy je její hodnota nejmenší – 4,05 %. Pravděpodobnost onemocnění poruchou nálady se poté s rostoucím věkem zvyšuje. U nejstarší věkové kategorie, 70 a více let, je poté, pro srovnání vývoje, prevalence poruch nálady rovna 6,68 %. Rozdíl mezi nejmladší a nejstarší věkovou skupinou je v jejich prevalenci tedy nejmenší ze všech čtyř kategorií duševních nemocí a závislostí.

Další analyzovanou kategorií duševních onemocnění jsou úzkostné poruchy (Tabulka č. 8). U této skupiny je možné pozorovat nejvyšší hodnotu prevalence u druhé nejstarší věkové skupiny – 60 až 69 let. Její hodnota je rovna 10,16 %. Zároveň se pravděpodobnost onemocnění úzkostnou poruchou s rostoucím věkem zvyšuje. Nejmladší věková skupina má v případě úzkostných poruch prevalence 5,42 %. V této kategorii duševních nemocí je nárůst prevalence plynulý. S rostoucím věkem tedy přibývá symptomů a faktorů, které mají vliv na pravděpodobnost vzniku úzkostné poruchy. Výjimku tvoří nejvyšší věková skupina 70 a více let, ve které je prevalence vzniku úzkostné poruchy oproti předchozí věkové skupině nižší.

Podle předpokladu, nejvyšší prevalence dosahuje závislost na alkoholu u nejmladší věkové skupiny 18 až 29 let. Její hodnota je rovna 16,64 % (Tabulka č. 8). Celkově má kategorie závislosti na alkoholu nejvyšší míry prevalence pro všechny věkové skupiny. Jejich hodnoty převyšují ve všech věcích 5 %. Lze také říci, že až na výjimku ve věkové skupině 50 až 59 let se prevalence vzniku závislosti na alkoholu s rostoucím věkem snižuje. V nejvyšší věkové skupině dosahuje hodnota prevalence 5,12 %.

Poslední, čtvrtou, kategorií duševních onemocnění a závislostí, kterou v této práci analyzuji, je závislost na návykových látkách. Kategorie závislosti na návykových látkách je obdobným případem jako závislost na alkoholu. Hodnoty její prevalence jsou také nejvyšší v nejmladší věkové skupině (Tabulka č. 8). Pro věkovou skupinu 18 až 29 let je rovna 6,87 %. Stejně jako u závislosti na alkoholu se také prevalence závislosti na návykových látkách snižuje s věkem

člověka, mimo věkovou skupinu 50–59 let, kde se prevalence opět mírně zvyšuje, nejspíše vlivem krize středního věku, anebo vznikem závislosti na lécích, která často vzniká v seniorském věku (Krombholz a Drástová 2010).

Tabulka č. 8: Prevalence (v %) kategorií duševních nemocí a závislostí podle věkových skupin v Česku v roce 2017 podle výsledků šetření CZEMS

	Poruchy nálady	Úzkostné poruchy	Závislost na alkoholu	Závislost na návykových látkách
18–29	7,96	5,42	16,64	6,87
30–39	4,41	5,60	11,54	2,89
40–49	4,44	6,66	10,58	2,56
50–59	4,05	7,57	11,97	1,06
60–69	6,06	10,16	6,60	1,78
70+	6,68	9,35	5,12	1,34

Zdroj dat: NUDZ (2017) – vlastní úprava a zpracování v MS Excel

7.3.3. Prevalence konkrétních vybraných duševních onemocnění a závislostí v závislosti na věku v Česku v roce 2017

Následující podkapitola se zabývá detailní analýzou konkrétních vybraných duševních onemocnění a závislostí. Vybranými konkrétními duševními nemocemi byly zvoleny deprese, se kterými pracovala již první část analýzy, stejně jako s úzkostnými poruchami – agorafobií a sociální fobií, kterým byla taktéž v předchozích podkapitolách bakalářské práce věnována pozornost. Důvodem volby právě těchto onemocnění byla v první řadě dostupnost dat ze šetření CZEMS, ale také aktuální diskutovanost těchto nemocí. Z kategorie závislostí, byla stejně jako při analýze podle pohlaví zvolena k výpočtům prevalence podle věku závislost na marihuaně a závislost na sedativech, tedy jedna závislost na drogách a jedna na lécích. Pokud se tedy přímo zaměříme na prevalenci konkrétních vybraných duševních nemocí a závislostí dle jednotlivých věkových skupin, zjistíme, že výsledky jsou obdobné, jako u prevalence celých kategorií duševních nemocí a závislostí.

Depresivní onemocnění, které spadá pod poruchy nálady, dosahuje relativně vysokých hodnot prevalence v nejmladší věkové skupině 18 až 29 let (Tabulka č. 9). Pro upřesnění tak lze říci, že deprese mají vyšší prevalenci v mládí, kdy končí adolescentní období, kdy se člověk mění, a začíná dospělý život spojený s více stresovými situacemi. Poté se míra prevalence deprese podle výsledků šetření CZEMS snižuje. Nejmenší míra prevalence je ve věkové skupině 40 až 49 let, ve které je její hodnota rovna 2,73 %. Po padesátém roce života, v období krize středního věku, ale opět zaznamenáváme nárůst prevalence. Nejvyšší prevalenci tak mají deprese v nejstarší věkové skupině 70 a více let, kdy je hodnota prevalence depresí rovna 6,24 %. Prevalence se tak zvyšuje s rostoucím věkem. Opět lze tedy říci, že průběh míry prevalence během života má konvexní tvar.

Podobný vývoj prevalence v jednotlivých věkových skupinách mají i dva typy úzkostných poruch, agorafobie a sociální fobie (Tabulka č. 9). První z nich, agorafobie, byla během dotazníkového šetření CZEMS zjištěna u více respondentů. Prevalence agorafobie se s rostoucím věkem konstantně zvyšuje. V nejmladší věkové skupině je hodnota prevalence rovna 4,52 %. V další věkové skupině se snižuje, načež ale prevalence až do nejstarší věkové skupiny 70 a více let plynule narůstá. Oproti agorafobii je dle šetření CZEMS sociální fobie méně často diagnostikovaným úzkostným duševním onemocněním. Její prevalence je tak vlivem malého počtu respondentů nepřesná. Hodnota této prevalence kolísá v rozmezí 1 – 3 %.

Kategorie závislosti na marihuaně je jedinou z vybraných poruch, u které lze pozorovat konstantní pokles prevalence s rostoucím věkem (Tabulka č. 9). V nejmladší věkové skupině dosahuje prevalence závislosti na marihuaně relativně vysoké hodnoty – 7,41 %. V nejstarší věkové skupině je pak výsledkem analýzy prevalence hodnota 0,22 %.

Poslední analyzovanou vybranou závislostí je prevalence závislosti na sedativech. Ta vyšla podle dat ze šetření CZEMS tak, že v nejmladší věkové skupině je rovna 0,72 % (Tabulka č. 9). S rostoucím věkem kolísá. Ve stáří se poté prevalence vzniku závislosti na sedativech opět zvyšuje. Maxima dosahuje ve věkové skupině 60 až 69 let – 1,60 %. U této kategorie je ale třeba zmínit, že už během analýzy počtu respondentů, kteří byli diagnostikováni se závislostí na sedativech, vyšla p-hodnota nesignifikantní, kvůli vlivu malého počtu respondentů. U interpretace této prevalence je tedy potřeba dbát na tuto skutečnost.

Tabulka č. 9: Prevalence (v %) vybraných duševních nemocí a závislostí pro různé věkové skupiny v Česku v roce 2017 podle výsledků šetření CZEMS

	Deprese	Agorafobie	Sociální fobie	Závislost na marihuaně	Závislost na sedativech
18–29	4,16	4,52	1,08	7,41	0,72
30–39	2,89	3,74	2,38	3,40	0,51
40–49	2,73	4,95	1,19	1,37	0,51
50–59	3,35	5,28	1,94	0,53	0,35
60–69	5,17	6,06	2,32	0,36	1,60
70+	6,24	7,13	1,34	0,22	1,11

Zdroj dat: NUDZ (2017) – vlastní úprava a zpracování v MS Excel

7.3.4. Interpretace výsledků analýzy duševních nemocí a závislostí podle věku dle výsledků šetření CZEMS v Česku v roce 2017

Další část analýzy se soustředila především na prevalenci duševních nemocí a závislostí v závislosti na věku člověka. Z dostupných dat ze šetření CZEMS vyplynulo, že prevalence závislostí se víceméně s rostoucím věkem u obou pohlaví snižuje. Výsledky analýzy, která se zabývala prevalencí dle pohlaví a věku také ukazují, že muži v nejmladší věkové skupině dosahovali nejvyšší prevalence vzniku závislosti na alkoholu i návykových látkách. Duševní nemoci, ať už jednotlivé kategorie jako úzkostné poruchy a poruchy nálady, tak i konkrétní

onemocnění, měly téměř shodný průběh. V nejmladší věkové skupině byla jejich prevalence reativně vysoká, později se snižovala a ve starších věcích opět rostla. Vliv na tento konvexní vývoj prevalence může mít například zastoupení stresových situací. V mládí je člověk vystaven velkému působení stresu, na který si teprve zvyká (Hankin et al. 2007). Ve středních letech produktivního věku poté člověk prožívá téměř vrchol života. S rostoucím věkem ale přibývá opět nepříjemných stresových situací spojených se ztrátou pohyblivosti či paměti. Ve stáří jsou také lidé vystaveni dalším faktorům, které mohou mít vliv na jejich duševní zdraví, jako upoutání na lůžko či pocity osamělosti při úmrtí partnera, které mohou vést k úzkostem, ke vzniku depresí a podobně (WHO 2017).

7.4. Analýza prevalence duševních onemocnění a závislostí v závislosti na věku a pohlaví v Česku v roce 2017

V této části bakalářské práce jsou shrnuty výsledky předchozích analýz. Tato podkapitola se totiž zabývá důkladnou analýzou prevalence kategorií duševních onemocnění a závislostí podle věku i podle pohlaví. První část textu je věnována pravděpodobnosti vzniku závislosti na alkoholu a závislosti na návykových látkách podle věkových skupin a pohlaví v Česku podle dat dostupných ze šetření CZEMS. V druhé části podkapitoly je rozebírána prevalence vzniku duševních nemocí, úzkostných poruch a poruch nálady, podle věku a pohlaví člověka.

7.4.1. Prevalence výskytu duševních nemocí v závislosti na věku a pohlaví v Česku v roce 2017

Z předešlých analýz vyplývá, že celkově vyšší prevalenci onemocnění duševní poruchou, jako jsou v této práci označovány převážně úzkostné poruchy a poruchy nálady, mají ženy. Ve výsledcích předchozích podkapitol bylo také zřetelné, že u poruch nálady se prevalence vzniku onemocnění s rostoucím věkem příliš nemění. Opakem jsou ale úzkostné poruchy, jejichž prevalence se s rostoucím věkem zvyšuje.

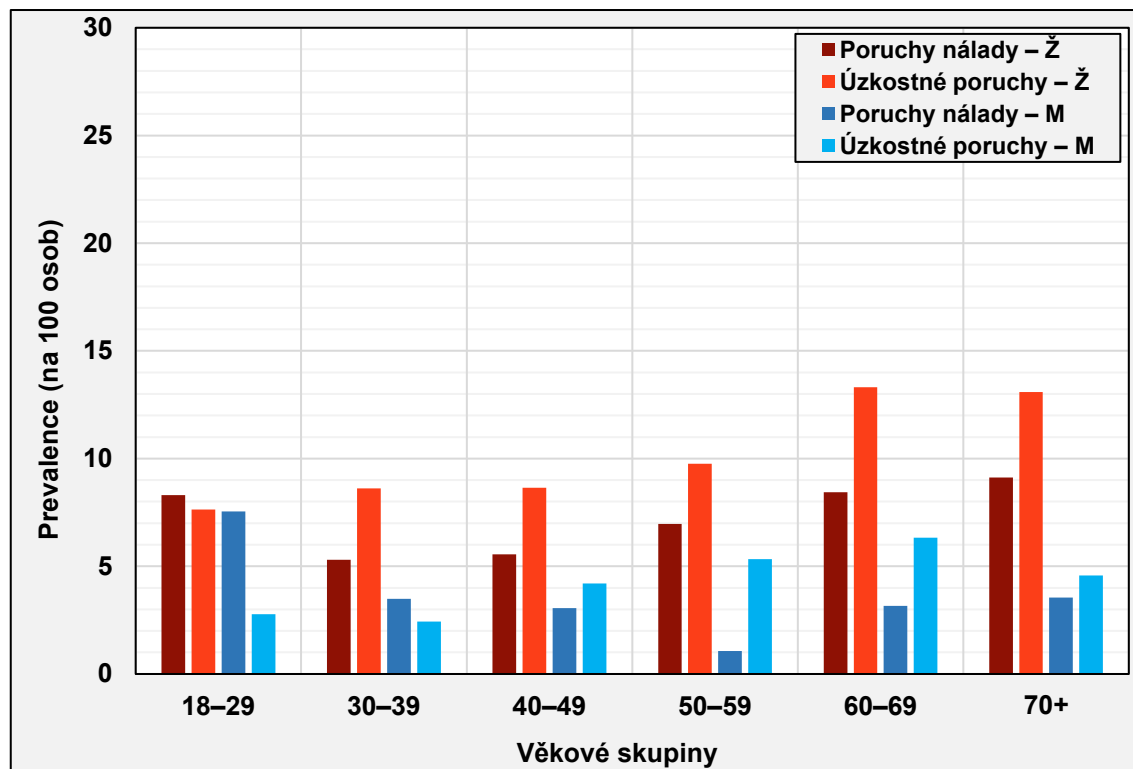
Pokud prolneme všechny dosavadní analýzy, zjistíme, že rozdíl v prevalenci mezi mužskou a ženskou částí populace není v kategorii duševních onemocnění tak markantní (Graf č. 2). V nejmladší věkové skupině jsou hodnoty prevalence úzkostných poruch a poruch nálady u žen téměř totožné (Příloha č. 2). Hodnota prevalence u mužů ve stejné věkové kategorii 18–29 let pro poruchy nálady, také dosahuje obdobné hodnoty – 7,54 % (Příloha č. 1). Nejnižší hodnoty prevalence v této věkové skupině dosahují úzkostné poruchy u mužů – 2,78 %, které se od ostatních prevalencí v této věkové skupině odlišují nejvíce.

U obou pohlaví jsou úzkostné poruchy charakteristické téměř konstantním nárůstem prevalence s rostoucím věkem. Výjimku tvoří u mužů věková skupina 30 až 39 let, ve které se hodnota prevalence snižuje oproti nejmladší věkové skupině asi o půl procenta. U žen lze ale pozorovat (Graf č. 2) s rostoucím věkem čistě konstantní nárůst prevalence úzkostných onemocnění. Nejvyšší hodnota prevalence je později u obou pohlaví v druhé nejvyšší věkové skupině 60 až 69 let, kde je u žen rovna 13,31 % a u mužů 6,32 % (Přílohy č. 1 a č. 2). Následně se prevalence úzkostných poruch u obou pohlaví snižuje. U žen asi o tři desetiny procenta. Naopak u mužů se setkáváme s výraznějším snížením prevalence – téměř 2 %.

Poruchy nálady mají opět od ostatních kategorií odlišný průběh. V nejmladší věkové skupině je jejich prevalence vysoká – u žen je rovna 8,31 % a u mužů dosahuje její hodnota 7,54 % (Přílohy č. 1 a č. 2). V následujících věkových skupinách se prevalence vzniku poruch nálady snižuje. Minima dosahuje u žen po třicátém roce života – 5,30 % a u mužů po padesátém roce života, kdy je hodnota prevalence rovna 1,07 %. Později, u mužů i u žen, dochází s rostoucím věkem k nárůstu pravděpodobnosti onemocnění poruchou nálady. U ženské části populace roste prevalence až do nejstarší věkové skupiny 70 a více let, kdy je prevalence poruch nálady nejvyšší – 9,13 %. Nárůst prevalence poruch nálady po padesátém roce života je u mužů také konstantní. Nejvyšších hodnot prevalence dosahuje ve věkové skupině 70 a více let, kdy se rovná 3,55 %. Tato hodnota je tedy téměř třikrát menší, než prevalence poruch nálady u žen

ve stejné věkové skupině. Je tedy možné opět pozorovat výrazný rozdíl v prevalenci duševních onemocnění mezi pohlavími. U obou pohlaví je ale viditelný konvexní průběh prevalence úzkostných poruch u dospělého člověka během jeho života.

Graf č. 2: Prevalence (v %) duševních poruch podle pohlaví a věkových skupin v Česku v roce 2017 podle výsledků šetření CZEMS



Zdroj dat: NUDZ (2017) – vlastní úprava a zpracování v MS Excel; *M – muži, Ž – ženy

7.4.2. Prevalence závislosti dle věku a pohlaví v Česku v roce 2017

Jak již bylo zmíněno v předchozích podkapitolách a analýzách, prevalence závislosti je vyšší u mužské části populace. Zároveň se míra prevalence závislosti na alkoholu a návykových látkách s rostoucím věkem člověka snižuje.

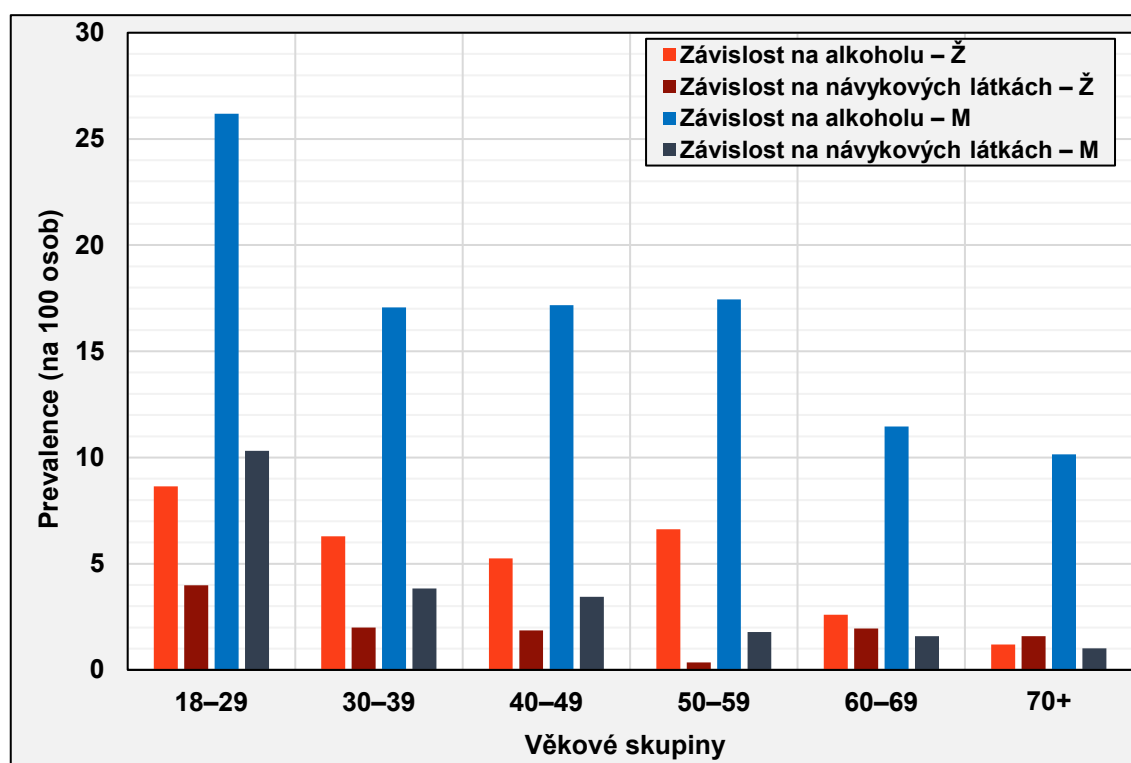
Při detailním srovnání, kdy jsou data rozdělena na muže a ženy a zároveň i do jednotlivých analyzovaných věkových skupin, lze vidět markantní rozdíl mezi mužskou a ženskou částí populace (Graf č. 3). Prevalence závislosti na alkoholu dosahuje úplného maxima u mužů v nejmladší věkové skupině 18 až 29 let (Příloha č. 1), kdy je její hodnota rovna 26,19 %. Znamená to tedy, že více než čtvrtina mladých mužů s vysokou pravděpodobností podlehne závislosti na alkoholu. Míra prevalence poté v následujících věcích kolísá kolem hodnoty 17 %. Po šedesátém roce života potom můžeme u mužů pozorovat postupný pokles prevalence závislosti na alkoholu. Pro důkladnost je ale důležité podotknout, že prevalence v nejstarší věkové skupině stále převyšuje 10 %, muži tedy mají celý život vysokou prevalenci závislosti na alkoholu. Vysvětlením je možnost, jak mužská část populace řeší stresové situace – často sahají po alkoholu. Pokud se pro srovnání zaměříme na ženskou prevalenci vzniku závislosti na alkoholu, zjistíme z výsledků analýzy, že její hodnoty nepřesahují na rozdíl od mužů 10 % (Příloha č. 2). Opět je ale prevalence nejvyšší v nejmladší věkové skupině 18–29 let, kdy dosahuje hodnoty 8,64

%. V dalších věkových skupinách se hodnota prevalence pohybuje téměř konstantně kolem hodnoty 6 %. Po šedesátém roce života, je ale u žen opět zřetelný pokles prevalence závislosti na alkoholu s rostoucím věkem.

Prevalence vzniku závislosti na návykové látce je, podle výsledků CZEMS, obdobně jako u závislosti na alkoholu vyšší u mužů než u žen (Graf č. 3). Celkově jsou ale hodnoty prevalence závislosti na návykové látce menší, než prevalence závislosti na alkoholu. Nejvyšší hodnoty dosahuje prevalence vzniku závislosti u mužů v nejmladší věkové skupině – 10,32 % (Příloha č. 1). U žen je nejvyšší pravděpodobnost vzniku závislosti na návykové látce také v nejmladší věkové skupině 18 až 29 let – 3,99 % (Příloha č. 2). Rozdíl mezi muži a ženami v závislosti na návykové látce je významný především ve faktu, že u mužů se prevalence s rostoucím věkem konstantně snižuje. U žen ale opět dochází k jevu, že se prevalence snižuje do šedesáti let, poté se ale prevalence opět zvyšuje.

Analýza také ukazuje, že u žen, ve věkové skupině 70 a více let, dochází k zajímavému jevu, kdy je míra prevalence závislosti na návykové látce vyšší než prevalence závislosti na alkoholu (Graf č. 3). Dle odhadů za to mohou závislosti na lécích, jejichž prevalence se u žen s rostoucím věkem zvyšuje. Avšak z jiných dostupných studií o závislosti na lécích vyplývá, že její zjišťování ve starší populaci je velmi obtížné (Krombholz a Drástová 2010).

Graf č. 3: Prevalence (v %) závislosti podle pohlaví a věkových skupin v Česku v roce 2017 podle výsledků šetření CZEMS



Zdroj dat: NUDZ (2017) – vlastní úprava a zpracování v MS Excel; *M – muži, Ž – ženy

7.4.3. Interpretace výsledků analýzy prevalence duševních nemocí a závislostí dle pohlaví a desetiletých věkových skupin v Česku v roce 2017

V analýze, která srovnávala detailněji prevalenci duševních nemocí a závislostí podle věku i podle pohlaví, lze pozorovat již zmíněný rozdíl v prevalenci mezi jednotlivými pohlavími – muži častěji podléhají závislostem na alkoholu i návykových látkách, u žen se naopak častěji vyskytují duševní poruchy, jako jsou poruchy nálady a úzkostné poruchy. Prevalence se také mění v různých věkových skupinách (Graf č. 2 a č. 3). Vysoká prevalence všech duševních nemocí a závislostí je v nejmladší věkové skupině, poté se snižuje. S rostoucím věkem se opět prevalence zvyšuje. Podobný trend, kdy je ve věkové skupině 18 až 29 let vysoká prevalence duševních nemocí, byl zjištěn i ve výzkumu Džurové et al. (2000, str. 99).

Vliv na vývoj s věkem se zvyšující prevalence, především úzkostných poruch u žen, může mít například nárůst stresových situací. Ženy často pocítují známky stáří, různých nemocí, či mají pocity osamělosti, které mohou vznikat vlivem úmrtí partnera (WHO 2017).

Vznik duševních nemocí a závislostí ve všech věkových skupinách i u obou pohlaví je ovlivněn také násilím, kterému může být člověk vystaven. U žen se jedná často o domácí násilí, kdy partner ženu fyzicky nebo psychicky týrá. Dále se ženy často setkávají se sexuální násilím, které může mít velký dopad na jejich mentální zdraví (Oram et al. 2017). Také senioři se často stávají oběťmi násilí, které může velmi ovlivňovat jejich duševní zdraví a pohodu (WHO 2017).

7.5. Analýza prevalence výskytu konkrétních vybraných duševních nemocí a závislostí podle věku a pohlaví v Česku v roce 2017

Tato analýza navazuje na předešlou podkapitolu bakalářské práce – rozebírá detailněji konkrétní duševní onemocnění, která již byla v předchozích analýzách samostatně zpracovávána. Jedná se tedy o duševní nemoci, přesněji deprese, které řadí MKN k poruchám nálady (ÚZIS ČR 2018), a poté také dvě vybrané úzkostné poruchy – agorafobie a sociální fobie. Dalšími onemocněními jsou dvě vybrané závislosti, závislost na marihuaně a závislost na sedativech.

Jak již bylo zmíněno v metodické části, nedostatkem této detailní analýzy je svou velikostí relativně malý vzorek respondentů. Je tedy potřeba brát v úvahu, že i když jsou výsledky přesné a důsledně spočítané, nejdou stoprocentně uplatnit na celou současnou českou společnost.

V první části této podkapitoly se práce věnuje již představeným vybraným duševním onemocněním, jimiž jsou agorafobie, deprese a sociální fobie. Druhá část textu pokračuje analýzou konkrétních závislostí – závislost na marihuaně a závislost na sedativech.

7.5.1. Prevalence jednotlivých vybraných duševních nemocí podle věku a pohlaví v Česku

Tato část práce se zaměřuje přímo na vybrané duševní onemocnění, jimiž jsou deprese, agorafobie a sociální fobie. Tyto nemoci spadají pod úzkostné poruchy a poruchy nálady. Právě ty mají podle dosavadních výsledků vyšší míru prevalence u žen.

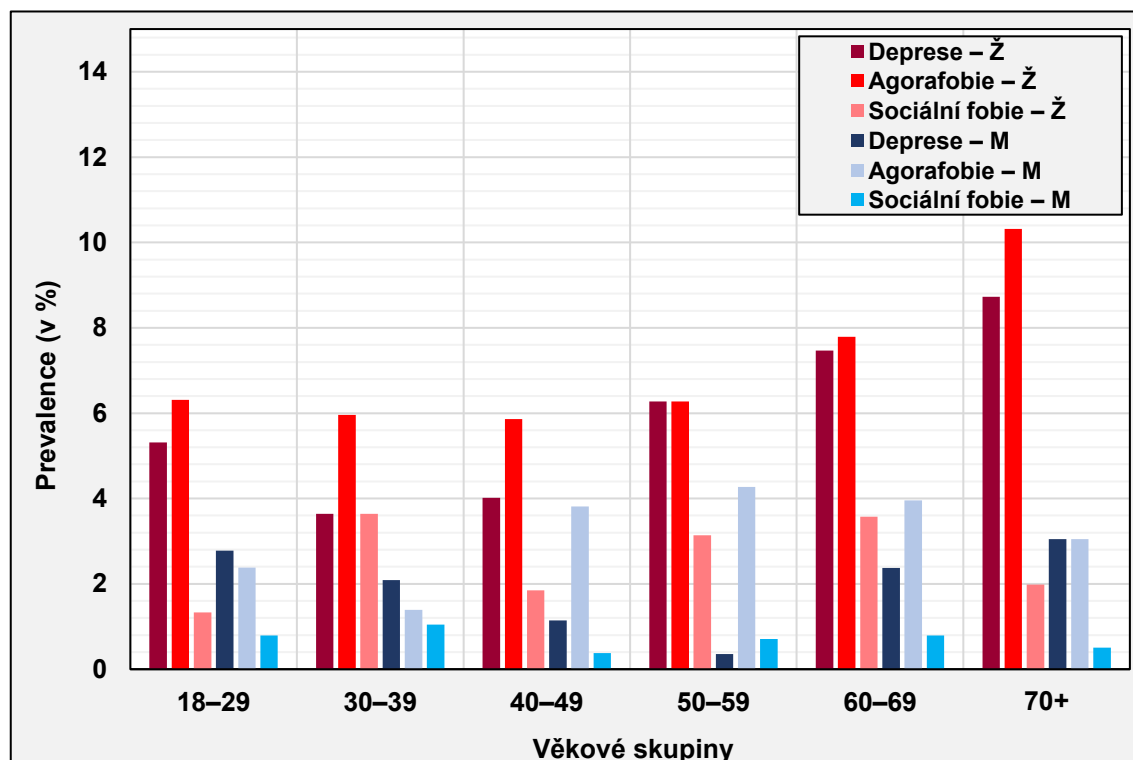
Agorafobie je z těchto tří vybraných duševních onemocnění nejčastěji diagnostikovanou nemocí u respondentů šetření CZEMS. Její míra prevalence je tedy nejvyšší. Prevalence agorafobie má u žen konvexní průběh (Graf č. 4). V nejmladší věkové kategorii 18 – 29 let je u žen prevalence vysoká – 6,31 % (Příloha č. 4). Později se s rostoucím věkem snižuje. Minima dosahuje ve věkové kategorii 40 až 49 let. Následně se míra prevalence agorafobie u žen zvyšuje. Maximální hodnoty pak prevalence agorafobie dosahuje ve věkové skupině 70 a více let. U mužů má prevalence agorafobie během života dle výsledků šetření CZEMS jiný průběh. Vyšších hodnot dosahuje v nejmladší věkové skupině, následně se prevalence snižuje. Ve věkové skupině 50 až 59 let dosahuje prevalence u mužů maximální hodnoty – 4,27 % (Příloha č. 3). Poté prevalence agorafobie u mužů s rostoucím věkem klesá.

Druhá vybraná úzkostná porucha je sociální fobie. Počet respondentů, kterým bylo toto onemocnění diagnostikováno je nižší než u ostatních nemocí, proto je třeba na tuto skutečnost brát ohled. Prevalence sociální fobie u žen podle šetření CZEMS kolísá kolem hodnoty asi 2 % (Graf č. 4). U mužů je hodnota prevalence sociální fobie také kolísavá, v průměru se ale pohybuje kolem nižší hodnoty než u žen. Obecně mají muži menší pravděpodobnost, že sociální fobií onemocní (Příloha č. 3). Prevalence sociální fobie u mužů se tedy pohybuje kolem 0,75 % (Graf č. 4).

Poslední, detailněji rozebíranou duševní nemocí, poruchou nálady, je deprese. V předchozích podkapitolách se prevalence poruch nálady v průběhu života měnila v konvexním tvaru. Obdobným případem jsou i deprese, jejichž prevalence má u mužů i u žen obdobný tvar. U ženské části populace je podle šetření CZEMS v nejmladší věkové skupině prevalence deprese

rovna 5,32 % (Příloha č. 4). V další věkové skupině, 30 až 39 let, dosahuje prevalence deprese u žen minima – 3,64 %. Následně se s rostoucím věkem prevalence zvyšuje, až do nejstarší věkové skupiny, kde dosahuje prevalence deprese u žen hodnoty 8,73 % (Graf č. 4). U mužské části populace je opět pozorovatelný konvexní průběh prevalence během života. Na rozdíl od žen, je ale věková skupina, ve které je minimální míra prevalence, až mezi věky 50 a 59 let. Nejvyšší hodnota prevalence deprese je u mužů podle šetření CZEMS poté v nejstarší věkové skupině 70 a více let – 3,05 % (Příloha č. 3).

Graf č. 4: Prevalence (v %) vybraných duševních onemocnění podle pohlaví a věkových skupin v Česku v roce 2017 podle výsledků šetření CZEMS



Zdroj dat: NUDZ (2017) – vlastní úprava a zpracování v MS Excel; *M – muži, Ž – ženy

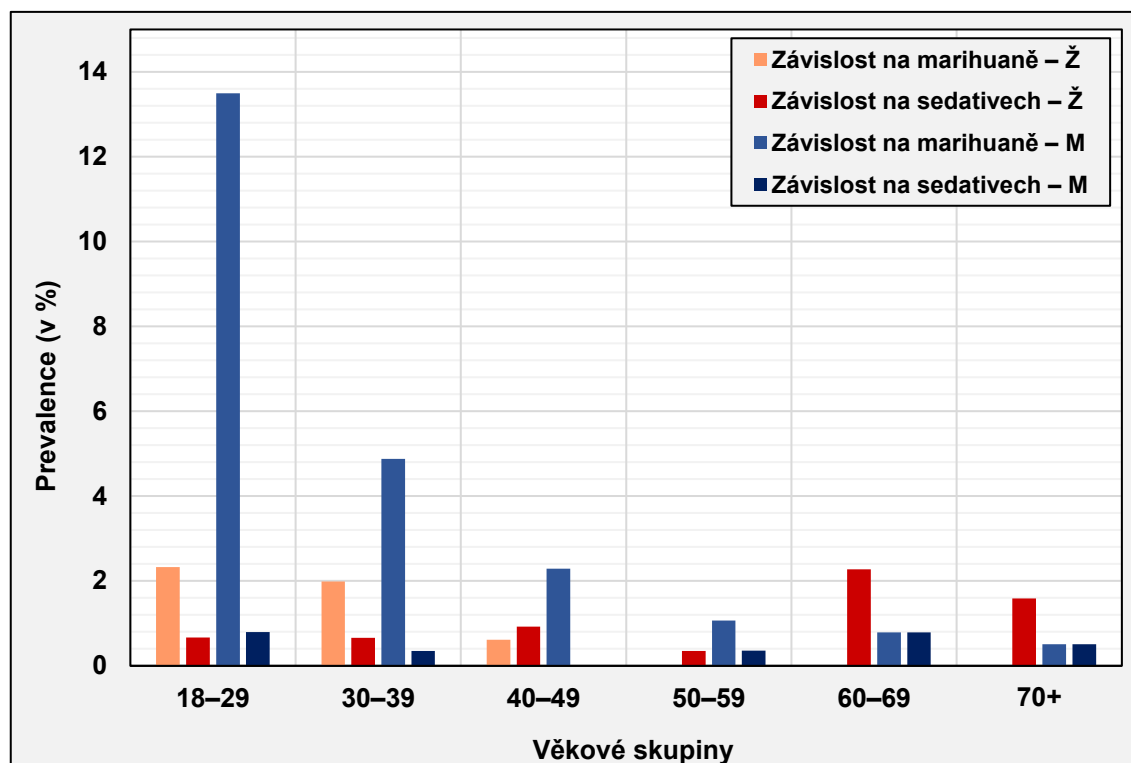
7.5.2. Prevalence vybraných závislostí podle věku a pohlaví v Česku v roce 2017

Výsledky předchozích analýz ukázaly, že vyšší míru prevalence ke vzniku závislosti na návykových látkách i alkoholu mají v Česku podle výsledků šetření CZEMS muži. Pokud se zaměříme na vybrané závislosti na návykových látkách, tedy na závislost na marihuaně a na závislost na sedativech, můžeme dospět k závěru, že muži jsou rizikovější skupinou především v mladém věku (Graf č. 5).

Hodnota prevalence je ze všech výsledků nejvyšší právě u nejmladší věkové skupiny, 18 až 29 let, kdy je pravděpodobnost vzniku závislosti na marihuaně 13,49 % (Příloha č. 3). Prevalence závislosti na marihuaně u mužů se s rostoucím věkem snižuje. Ženy mají obecně nižší pravděpodobnost, že se u nich vyskytne závislost na návykové látce. Podle výsledků šetření CZEMS mají dokonce ženy po padesátém roce života nulovou prevalenci vzniku závislosti na marihuaně (Příloha č. 4).

Pravým opakem je prevalence závislosti na sedativech. Tu mají ženy po šedesátém roce života asi třikrát vyšší, než stejně staří muži. V tomto případě je prevalence vyšší než 2 % (Graf č. 5). Závislost na lécích ve stáří není ojedinělá, u žen je naopak v seniorském věku relativně častým jevem, který je ale relativně složitě měřitelný (Krombholz a Drástová 2010).

Graf č. 5: Prevalence (v %) vybraných typů závislostí podle pohlaví a věkových skupin v Česku v roce 2017 podle výsledků šetření CZEMS



Zdroj dat: NUDZ (2017) – vlastní úprava a zpracování v MS Excel; *M – muži, Ž – ženy

7.5.3. Interpretace výsledků analýzy prevalence konkrétních duševních onemocnění a závislostí podle pohlaví a desetiletých věkových skupin v Česku v roce 2017

Všechna detailněji pozorovaná duševní onemocnění a závislosti, kterými jsou agorafobie, sociální fobie, deprese, závislost na marihuaně a závislost na sedativech, měly obdobný průběh jako jednotlivé kategorie duševních nemocí a závislostí. Jedinou výjimkou jsou výsledky analýzy prevalence vzniku závislosti na sedativech. Ta se jako jediná závislost s rostoucím věkem zvyšovala, především u ženské části populace. Důvodem zvyšování této prevalence mohou být situace, kterým jsou senioři vystaveni, jako je například zhoršení zdravotního stavu či pocitu osamění, kterému ženy často čelí po smrti svého partnera (WHO 2017). Své problémy pak mohou utišovat právě léky, jakými jsou například sledovaná sedativa. U prevalence závislosti na sedativech je ale potřeba myslet na skutečnost, že v dotazníkovém šetření CZEMS byla zjištěna tato závislost jen u několika respondentů, jejich vzorek tak není signifikantní a při interpretaci těchto výsledků je třeba na tento fakt brát tedy ohled.

S věkem rostoucí prevalenci je možné pozorovat i u deprese u obou pohlaví. Vliv na vyšší prevalenci ve vyšších věkových skupinách může mít například zvyšování pocitu osamělosti, kdy lidé po šedesátém roce života odchází do důchodu a mohou tak ztrácet kontakt se světem.

Důvodem vyšší prevalence depresí může být i smrt partnera, která ovlivňuje především muže, u nichž se vlivem ovdovění snižuje více duševní pohoda než ženám. U žen ve středních letech může mít na zvýšenou míru prevalence vzniku deprese vliv naopak rozvod (Buber a Engelhardt 2011, str. 118).

Kapitola 8

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo analyzovat prevalenci a pravděpodobnost výskytu jednotlivých kategorií duševních nemocí a závislostí podle výsledků šetření CZEMS u dospělých obyvatel Česka v roce 2017. Analýza pracovala s respondenty, kterým byly během dotazníkového šetření zjištěny symptomy poruch nálady, úzkostných poruch, závislosti na alkoholu nebo závislosti na návykových látkách. Prevalence a poměr šancí výskytu duševních nemocí a závislostí byly během analýzy diferenciovány podle pohlaví a desetiletých věkových skupin.

V první části práce byly představeny základní teoretické koncepty a faktory, které ovlivňují zdraví. Další část byla věnována charakteristice jednotlivých kategorií duševních nemocí a závislostem. Poté následovala empirická část, která se zabývala analýzou prevalence a poměru šancí. První podkapitola analýzy byla věnována prevalenci a poměru šancí vzniku duševních nemocí a závislostí podle pohlaví. Další část výpočtů se zaměřovala na prevalenci duševních nemocí a závislostí v závislosti na pohlaví. Předposlední podkapitola analyzovala prevalenci dle věkových skupin i pohlaví dohromady. Poslední část empirické kapitoly bakalářské práce se věnovala analýze konkrétních duševních onemocnění a závislostí, kterými jsou deprese, agorafobie, sociální fobie, závislost na marihuaně a závislost na sedativech.

8.1. Zhodnocení výzkumných otázek a hypotéz

Výzkumná otázka č. 1: *Existují rozdíly mezi muži a ženami v různém věku v prevalenci duševního onemocnění v Česku v roce 2017 podle šetření CZEMS?*

Z analýzy, která byla provedena v empirické části bakalářské práce vyplývá, že rozdíly v prevalenci duševních onemocnění v různém věku existují. Ženy mají obecně podle výsledků šetření CZEMS, která se uskutečnila v Česku v roce 2017, asi dvakrát vyšší míru prevalence duševních nemocí, jako jsou poruchy nálady a úzkostné poruchy, než muži. Tyto rozdíly v prevalenci jsou také patrné ve všech analyzovaných věkových skupinách. U mužů naopak výsledky šetření CZEMS ukazují, že mají v Česku k roku 2017 vyšší prevalenci vzniku závislosti na alkoholu a na tabáku.

Jediný rozdíl je v kategorii závislost na návykové látce, kde se míra prevalence s rostoucím věkem mění. V mládí je prevalence vzniku závislosti na návykových látkách podle výsledků

šetření CZEMS vyšší pro muže, ve stáří, po šedesátém roce života je naopak vyšší u žen. Vliv na tento jev může mít látka, na kterou vzniká závislost. Dle výsledků detailní analýzy jednotlivých nemocí vyplývá, že mladí muži mohou častěji propadat závislosti na drogách. Naopak u starších žen může častěji vznikat závislost na lécích. V případě závislosti je ale třeba dbát při interpretaci na skutečnost, že vzorek respondentů s nějakou formou závislosti na návykové látce je malý, i když, až na závislost na sedativech, signifikantní.

Hypotéza č. 1: *Ženy v Česku mají podle výsledků šetření CZEMS větší prevalenci úzkostných poruch a poruch nálady (deprese, agorafobie apod.).*

Podle výsledků analýzy vyplývá (Tabulka č. 4 a č. 5), že ženy v Česku mají podle dat ze šetření CZEMS vyšší prevalenci onemocnění duševní poruchou, jako jsou poruchy nálady či úzkostné poruchy. Stejný výsledek vyplývá i z konkrétních analyzovaných nemocí, kterými byly agorafobie, sociální fobie a deprese. Prevalence těchto nemocí je pro ženy oproti mužům také vyšší. Největší riziko poté představují pro ženy úzkostné poruchy. Vliv na vyšší prevalence duševních onemocnění má nejspíše společenské postavení žen a celkový přístup, kterým se ženy staví k řešení problémů a stresových situací. Jistý vliv tedy mají na tuto rozdílnou prevalenci i genetické rozdíly mezi muži a ženami.

Hypotéza č. 2: *Muži v Česku jsou podle výsledků šetření CZEMS pravděpodobněji závislí na alkoholu či jiných návykových látkách.*

Z analýzy, která porovnávala prevalenci a poměr šancí výskytu duševních nemocí a závislosti podle pohlaví, vyplývá, že muži mají podle výsledků šetření CZEMS obecně vyšší pravděpodobnost a prevalenci, že se u nich vyskytne závislost na alkoholu či na návykových látkách. Prevalence vzniku závislosti na alkoholu je u mužů, ze všech v této bakalářské práci zkoumaných prevalencí, nejvyšší – 16,84 % (Tabulka č. 5). Vliv na to může mít například přístup mužů k alkoholu a jejich sociální postavení, kdy za cílem dosažení větší „mužnosti“ požívají nepřiměřené množství alkoholických nápojů. Dalším faktorem, který může ovlivňovat vyšší prevalenci vzniku závislosti na alkoholu u mužů, podle výsledků CZEMS, je jistá nezodpovědnost a rizikové chování, kterému se mladí muži často vystavují.

Hypotéza č. 3: *S rostoucím věkem se podle výsledků šetření CZEMS zvyšuje v Česku pravděpodobnost, že se u člověka vyskytne duševní onemocnění či závislost.*

Výsledky ze šetření CZEMS ukazují, že u duševních nemocí se prevalence výskytu poruchy s rostoucím věkem zvyšuje. Vliv má nejspíše nárůst stresových faktorů či celkové zvýšení symptomů. Vyšší prevalence ve starším věku může být ovlivněna také komorbiditou s dalšími onemocněními, jako jsou například kardiovaskulární nemoci. U prevalence závislosti na alkoholu i návykových látkách ale z analýzy vyplývá opačný trend (Tabulka č. 7), kdy prevalence vzniku závislosti klesá s rostoucím věkem. Vysvětlením, s věkem klesající prevalence u závislosti, může být zlepšení sociální situace člověka či změna myšlení jedince. Možností ale může být i fakt, že lidé se závislosti na alkoholu či návykových látkách, u nichž závislost vznikla v mladém věku, umírají dříve, například již na zmíněné komorbidity, které se u nich objevují vlivem špatného životního stylu.

8.2. Shrnutí výsledků

Tato bakalářská práce analyzovala prevalenci a poměr šancí výskytu onemocnění duševní poruchou či závislosti pomocí determinantů, kterými byly pohlaví a věk. K analýze byla použita data z výběrového šetření CZEMS, které se uskutečnilo v Česku v roce 2017 a zúčastnilo se ho 3306 respondentů. Hlavním závěrem, ke kterému analýza došla, je, že příznaky duševních nemocí se častěji vyskytují u žen. Ženy tak mají vyšší prevalenci i pravděpodobnost, že se u nich během života vyskytne úzkostná porucha či porucha nálady. Prevalence těchto onemocnění se navíc s rostoucím věkem zvyšuje. Výjimku tvoří v této práci nejmladší analyzovaná věková skupina, ženy ve věku 18 až 29 let, kde je prevalence těchto duševních nemocí relativně vysoká – dosahuje hodnot kolem 8 % u obou kategorií. U mužské části populace výsledky analýz potvrdily obecné tvrzení, že jsou muži více ohroženi vznikem závislosti. Především závislostí na alkoholu. Prevalence závislosti na alkoholu i návykových látkách podle výsledků šetření CZEMS je u mužů nejvyšší v nejmladší věkové skupině 18 až 29 let. Nejvýraznější je poté prevalence závislosti na alkoholu, která v tomto věku dosahuje hodnoty 26 %. S rostoucím věkem pak prevalence všech závislostí klesá. Výjimku tvoří závislost na sedativech u žen, která naopak s vyšším věkem roste.

Problémem, se kterým je potřeba u výsledků v této bakalářské práci počítat, je to, že prevalence a poměr šancí dle jednotlivých pohlaví byly analyzovány z výsledků výběrového šetření. Data jsou sice na úrovni krajů pro jednotlivé kategorie nemocí reprezentativní, omezení ale přichází v případě analýz jednotlivých onemocnění a závislostí, při nichž jsou vzorky již malé a často nesignifikantní. Největší problém byl nalezen při analýze závislosti na sedativech, kdy byl celkový počet respondentů, u kterých byla diagnostikována tato závislost, menší než 30. Kromě reprezentativnosti malých vzorků dat, ale nebyla porušena jejich validita. Šetření proběhlo správně, pomocí náhodného výběru.

Nakonec je potřeba říci, že duševní onemocnění a závislosti by se měly stát ještě výraznějším a více diskutovaným tématem v dnešní společnosti, jelikož duševní poruchy a závislosti postihují velké množství lidí v různém věku. Zároveň by měl být vytvořen odborníky větší nátlak na prevenci vzniku duševních poruch a především na podporu lidí s duševní poruchou, aby se tyto lidé nestyděli za své onemocnění, a aby se jim dostalo potřebné péče, a nebyly tak promarněny jejich životy.

Seznam použité literatury

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2018. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [online] [cit. 2019-03-02]. Dostupné z WWW: <<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>>.
- BIJL, R. V., A. RAVELLI a G. VAN ZESSEN, 1998. Prevalence of psychiatric disorder in the general population : results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). 587–595.
- BUBER, Isabella a Henriette ENGELHARDT, 2011. The Association between Age and Depressive Symptoms among Older Men and Women in Europe. Findings from SHARE. *Comparative Population Studies* [online]. 36 (1), 103–126. ISSN 1869-8999. Dostupné z: <doi:10.4232/10.CPoS-2011-02en>.
- CERMAKOVA, Pavla, Tomas FORMANEK, Anna KAGSTROM a Petr WINKLER, 2018. Socioeconomic position in childhood and cognitive aging in Europe. *Neurology* [online]. 17 (91), e1602–e1610. Dostupné z: <doi:https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000006390>.
- ČERNOUŠEK, Michal, 2017. Psychiatrie. *Sociologická encyklopedie* [online] [cit. 2018-03-06]. Dostupné z WWW: <<https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Psychiatrie>>.
- DAHLGREN, Göran a Margaret WHITEHEAD, 1991. *Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper* [online]. ISBN 9789185619184. Dostupné z: <doi:978-91-85619-18-4>.
- DEMOGRAFICKÉ INFORMAČNÍ CENTRUM, 2014. Ukazatele. *Demografie* [online] [cit. 2019-03-06]. Dostupné z WWW: <http://www.demografie.info/?cz_pohlavivekukazatele>.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788024748269.
- DZÚROVÁ, Dagmar, Edita SMOLOVÁ a Eva DRAGOMIRECKÁ, 2000. *Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech*. Praha: Přírodovědecká fakulta UK - katedra sociální geografie a regionálního rozvoje. ISBN 80-238-6038-0.
- FAUSTO-STERLING, Anne, 2018. Why sex is not binary. *The New York Times* [online] [cit. 2019-03-26]. Dostupné z WWW: <<https://www.nytimes.com/2018/10/25/opinion/sex-biology-binary.html>>.
- GÖPFERTO VÁ, Dana, nedatováno. Prevalence. *Základy obecné epidemiologie* [online] [cit. 2019-03-28]. Dostupné z WWW: <http://www.khshk.cz/e-learning/kurs1a/kapitola_23__prevalence.html#Kap2.3>.
- HANKIN, Benjamin L., Robin MERMELSTEIN a Linda ROESCH, 2007. *Sex differences in adolescent depression: Stress exposure and reactivity models* [online]. 2007. ISBN 0009-3920. Dostupné z: <<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS%7B%7DPAGE=reference%7B%7DD=emerd11%7B%7DNEWS=N%7B%7DAN=46332781>>.

- HERVEY, Nick a Dominique LETOUZE, 2013. Men and suicide. In: *Men's Health, Third Edition* [online]. Dostupné z: <doi:10.3109/9781439808078-40>.
- HONZÁK, Radkin a František HONZÁK, 2018. *Čas psychopatů*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-384-5.
- HORTON, Richard, Patrick MCGORRY, Helen HERRMAN, Christian KIELING, Vikram PATEL a Jennifer SARGENT, 2018. Reducing the global burden of depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. *The Lancet* [online]. ISSN 01406736. Dostupné z: <doi:10.1016/s0140-6736(18)32408-5>.
- HROMKOVÁ, Dominika a Eva ZAHRADNICKÁ, 2019. Sebevražď mladých neubývá. Na duševní nemoci je zaděláno už ve čtrnácti. *IDNES.cz* [online] [cit. 2019-04-05]. Dostupné z WWW: <https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/vychova-deti-sebevrazda-prevence-specialni-program.A190329_113141_domaci_bur>.
- HUANG, Yueqin, Ellen MORGAN, Olayinka OMIGBODUN, Ilina SINGH, Maria Elena MEDINA-MORA, Pamela Y COLLINS, Dan J STEIN, Crick LUND, Mark J D JORDANS, Mary DE SILVA, Jürgen UNÜTZER, Martin PRINCE, Dan CHISHOLM, Julian EATON, Florence BAINGANA, Shekhar SAXENA, Mohammad M HERZALLAH, Arthur KLEINMAN, Graham THORNICROFT, Helen HERRMAN, Unaiza NIAZ, Vikram PATEL, Atif RAHMAN, Paul BOLTON, Charlene SUNKEL, Bidyut K SARKAR, Benedetto SARACENO a Janice L COOPER, 2018. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet* [online]. ISSN 01406736. Dostupné z: <doi:10.1016/s0140-6736(18)31612-x>.
- HUBER, Machteld, J. ANDRÉ KNOTTNERUS, Lawrence GREEN, Henriëtte VAN DER HORST, Alejandro R. JADAD, Daan KROMHOUT, Brian LEONARD, Kate LORIG, Maria Isabel LOUREIRO, Jos W.M. VAN DER MEER, Paul SCHNABEL, Richard SMITH, Chris VAN WEEL a Henk SMID, 2011. How should we define health? *BMJ (Online)* [online]. 343 (7817), 3–5. ISSN 09598146. Dostupné z: <doi:10.1136/bmj.d4163>.
- KRČMÁŘOVÁ, Eliška, 2019. *Genetika psychických onemocnění*. B.m. Univerzita Karlova.
- KŘEŠŤANOVÁ, Jana, 2018. Osob ve věku 65 a více let bylo poprvé více než 2 miliony. *Statistika&My* [online] [cit. 2019-03-05]. Dostupné z WWW: <http://www.statistikaamy.cz/2018/05osob-ve-veku-65-a-vice-let-bylo-poprve-vice-nez-2-miliony/>.
- KROMBHOLZ, Richard a Hana DRÁSTOVÁ, 2010. Závislosti a stáří. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 11 (3), 95–98. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/03/02.pdf>.
- MACHŮ, Vendula, 2017. *Gender a sociální nerovnosti v oblasti duševního zdraví*. B.m. Univerzita Karlova.
- MCGRATH, John J, Fiona CHARLSON a Harvey A WHITEFORD, 2016. Challenges and Options for Estimating the Prevalence of Schizophrenia , Psychotic Disorders , and Bipolar Disorders in Population Surveys [online]. (June), 1–28. Dostupné z: <https://sites.national

- academies.org/cs/groups/dbassesite/documents/webpage/dbasse_173004.pdf>.
- NIMH, 2012. Global DALYs Contributed by Mental and Behavioral Disorders. *National Institute of Mental Health* [online] [cit. 2019-03-05]. Dostupné z WWW: <<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/global/global-dalys-contributed-by-mental-and-behavioral-disorders.shtml>>.
- ORAM, Sian, Hind KHALIFEH a Louise M. HOWARD, 2017. *Violence against women and mental health* [online]. 2017. ISSN 22150374. Dostupné z: <doi:10.1016/S2215-0366(16)30261-9>.
- PARLAMENT ČR, 1999. Listina základních práv a svobod. *Poslanecká sněmovna* [online] [cit. 2019-03-05]. Dostupné z WWW: <<https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>.
- PAVLÍK, Zdeněk, Jitka RYCHTAŘÍKOVÁ a Alena ŠUBRTOVÁ, 1986. *Základy demografie*. Praha: Academia.
- PĚČOVÁ, Jana, 2009. *Kvalita života vztažená ke zdravotnímu stavu u osob se závažným duševním onemocněním*. B.m. Univerzita Karlova.
- PETRÁŠOVÁ, Lenka, 2018. V Česku se polovina lidí s duševním onemocněním neléčí, bojí se i vedlejších účinků. *Aktuálně.cz* [online] [cit. 2019-04-05]. Dostupné z WWW: <<https://zpravy.aktualne.cz/domaci/v-cesku-se-polovina-lidi-s-dusevnim-onemocnenim-neleciboji/r~14a83f34044f11e998daac1f6b220ee8/>>.
- PHILLIPS, Susan P., 2008. Measuring the health effects of gender. *Journal of Epidemiology and Community Health* [online]. ISSN 0143005X. Dostupné z: <doi:10.1136/jech.2007.062158>.
- PHILLIPS, Susan P, 2005. International Journal for Equity in Defining and measuring gender : A social determinant of health whose time has come. *Int J Equity Health* [online]. 4, 1–4. Dostupné z: <doi:10.1186/1475-9276-4-Received>.
- SAMPSON, Nancy A., Viviane KOVESS-MASFETY, Soraya SEEDAT, Elie G. KARAM, Matthias C. ANGERMEYER, Ronald C. KESSLER, Koen DEMYTTENAERE, Robert JIN, Traolach S. BRUGHA, Patricia BERGLUND, Kate Margaret SCOTT, Josep Maria HARO, Giovanni DE GIROLAMO, David WILLIAMS, Jose POSADA-VILLA, Johan ORMEL, Evelyn J. BROMET, Daphna LEVINSON, Yutaka ONO, Beth-Ellen PENNELL a Maria Elena MEDINA MORA, 2009. Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry* [online]. 66 (7), 785. ISSN 0003-990X. Dostupné z: <doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>.
- SHARE PROJECT, 2008. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *SHARE* [online] [cit. 2019-04-10]. Dostupné z WWW: <http://share.cerge-ei.cz/frequently_asked_questions.htm>.
- SKORUNKA, David, 2011. *Duševní nemoc; subjektivní perspektivy a faktory, které je formují* [online]. Dostupné z: <<https://www.researchgate.net/publication/274570274>>.
- SRB, Vladimír, 1965. *Úvod do demografie*. Sociologic. Praha: Nakladatelství politické literatury.

- ŠTĚPANYOVÁ, Gabriela, 2019. Reforma péče o duševní zdraví potřebuje nadresortní spolupráci, tu definuje nový národní akční plán. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online] [cit. 2019-04-05]. Dostupné z WWW: <https://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-pece-o-dusevni-zdravi-potrebuje-nadresortni-spolupracitu-definuje-novy_17050_1.html>.
- THOMSON, Kimberly C, Martin GUHN, Chris G RICHARDSON a Jean A SHOVELLER, 2017. SSM - Population Health Associations between household educational attainment and adolescent positive mental health in Canada. *SSM - Population Health* [online]. B.m.: Elsevier, 3 (April), 403–410. ISSN 2352-8273. Dostupné z: <doi:10.1016/j.ssmph.2017.04.005>.
- ÚZIS ČR, 2018. *Mezinárodní klasifikace nemocí* [online] [cit. 2019-03-05]. Dostupné z WWW: <<https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.
- VAN DE KAA, Dick, 2002. The Idea of a Second Demographic Transition in Industrialized Countries. *The Idea of a Second Demographic Transition in Industrialized Countries*. (January), 1–34. ISSN 0032-468X.
- VIGO, Daniel, Graham THORNICROFT a Rifat ATUN, 2016. *Estimating the true global burden of mental illness* [online]. 2016. ISBN 2215-0366. Dostupné z: <doi:10.1016/S2215-0366(15)00505-2>.
- WALKER, Elizabeth Reisinger, Robin E. MCGEE a Benjamin G. DRUSS, 2015. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry* [online]. ISSN 2168-622X. Dostupné z: <doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>.
- WHO, 1948. *Constitution of the World Hospital Organization*. 1948.
- WHO, 2013. *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report Review* [online]. Dostupné z: <www.euro.who.int>.
- WHO, 2017. *Mental Health of Older Adults* [online] [cit. 2019-04-04]. Dostupné z WWW: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>>.
- WHO EUROPE, 2005. *Mental health: facing the challenges, building solutions The WHO Regional Office for Europe* [online]. Dostupné z: <www.euro.who.int>.
- WHO EUROPE, 2015. *The European Mental Health Action Plan 2013–2020* [online]. ISBN ISBN 978 92 890 5095 1. Dostupné z: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175672/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.
- WINKLER, Petr, Tomáš FORMÁNEK, Karolína MLADÁ a Pavla CERMAKOVA, 2018. The CZEch Mental health Study (CZEMS): Study rationale, design, and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* [online]. ISSN 15570657. Dostupné z: <doi:10.1002/mpr.1728>.

Seznam datových zdrojů

ČSÚ, 2018. Demografická ročenka České republiky – 2017 [online] [cit. 2019-03-02].

Dostupné z WWW: <<https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky-36hy5c4> db>.

NUDZ, 2017. Šetření CZEMS.

Přílohy

Příloha č. 1: Prevalence (v %) vzniku duševních nemocí a závislostí u mužů v Česku v roce 2017 v závislosti na věkové skupině podle CZEMS

MUŽI	Poruchy nálady	Úzkostné poruchy	Závislost na alkoholu	Závislost na návykových látkách
18–29	7,54	2,78	26,19	10,32
30–39	3,48	2,44	17,07	3,83
40–49	3,05	4,2	17,18	3,44
50–59	1,07	5,34	17,44	1,78
60–69	3,16	6,32	11,46	1,58
70+	3,55	4,57	10,15	1,02

Zdroje dat: NUDZ (2017) – vlastní výpočet a úprava v SPSS Statistics a MS Excel

Příloha č. 2: Prevalence (v %) vzniku duševních nemocí a závislostí u žen v Česku v roce 2017 v závislosti na věkové skupině podle CZEMS

ŽENY	Poruchy nálady	Úzkostné poruchy	Závislost na alkoholu	Závislost na návykových látkách
18–29	8,31	7,64	8,64	3,99
30–39	5,3	8,61	6,29	1,99
40–49	5,56	8,64	5,25	1,85
50–59	6,97	9,76	6,62	0,35
60–69	8,44	13,31	2,6	1,95
70+	9,13	13,1	1,19	1,59

Zdroje dat: NUDZ (2017) – vlastní výpočet a úprava v SPSS Statistics a MS Excel

Příloha č. 3: Prevalence (v %) vzniku konkrétních vybraných duševních nemocí a závislosti u mužů v Česku v roce 2017 v závislosti na věkové skupině podle výsledků šetření CZEMS

MUŽI	Deprese	Agorafobie	Sociální fobie	Závislost na marihuaně	Závislost na sedativech
18–29	2,78	2,38	0,79	13,49	0,79
30–39	2,09	1,39	1,05	4,88	0,35
40–49	1,15	3,82	0,38	2,29	0
50–59	0,36	4,27	0,71	1,07	0,36
60–69	2,37	3,95	0,79	0,79	0,79
70+	3,05	3,05	0,51	0,51	0,51

Zdroje dat: NUDZ (2017) – vlastní výpočet a úprava v SPSS Statistics a MS Excel

Příloha č. 4: Prevalence (v %) vzniku konkrétních vybraných duševních nemocí a závislosti u žen v Česku v roce 2017 v závislosti na věkové skupině podle výsledků šetření CZEMS

ŽENY	Deprese	Agorafobie	Sociální fobie	Závislost na marihuaně	Závislost na sedativech
18–29	5,32	6,31	1,33	2,33	0,66
30–39	3,64	5,96	3,64	1,99	0,66
40–49	4,01	5,86	1,85	0,62	0,93
50–59	6,27	6,27	3,14	0	0,35
60–69	7,47	7,79	3,57	0	2,27
70+	8,73	10,32	1,98	0	1,59

Zdroje dat: NUDZ (2017) – vlastní výpočet a úprava v SPSS Statistics a MS Excel

Příloha č. 5: Počet případů jednotlivých kategorií duševních nemocí a závislostí podle výsledků šetření CZEMS z roku 2017 v závislosti na desetiletých věkových skupinách

	Poruchy nálady	Úzkostné poruchy	Závislost na alkoholu	Závislost na návykových látkách
18–29	44	30	92	38
30–39	26	33	68	17
40–49	26	39	62	15
50–59	23	43	68	6
60–69	34	57	37	10
70+	30	42	23	6
Celkem	183	244	350	92

Zdroj dat: NUDZ (2017) – vlastní výpočet v SPSS Statistics a úprava v MS Excel