

Univerzita Karlova
Přírodovědecká fakulta

Studijní program: Demografie
Studijní obor: Demografie se sociologií



Klára Mlíčková

**Subjektivní zdraví se zaměřením na determinanty deprese
ve vybraných zemích Evropy**

**Self-perceived health with focus on determinants of depression
in selected countries of Europe**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: prof. RNDr. Jitka Rychtaříková, CSc.

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, 10. 7. 2019

.....
Klára Mlíčková

Poděkování:

Ráda bych na tomto místě poděkovala Prof. RNDr. Jitce Rychtaříkové, CSc. za odborné vedení této práce, vstřícný přístup, cenné rady a věnovaný čas.

Subjektivní zdraví se zaměřením na determinanty deprese ve vybraných zemích Evropy

Abstrakt

Cílem této práce je porovnat podíly osob s příznaky deprese ve 29 zemích Evropy na základě šetření o zdraví EHIS 2014. Zkoumán je vliv determinantů věku, pohlaví a vzdělání a pozornost je zaměřena na osoby ve věku 65+ let. Pomocí shlukové analýzy jsou porovnány podíly osob ve věku 15+ let trpících příznaky deprese s podíly osob ve věku 65+ let s příznaky deprese a také mezipohlavní rozdíly v příznacích deprese u osob ve věku 65+ let. Vztah determinantu vzdělání a příznaků deprese u osob ve věku 65+ let je zobrazen pomocí podmíněného formátování. Bylo zjištěno, že u starších osob dochází k výraznému zvýšení výskytu příznaků deprese a patrnější je to u žen. Úroveň vzdělání se taktéž odráží ve výskytu příznaků deprese u osob ve věku 65+, nicméně tento vztah není v rámci vybraných zemí tak jednoznačný jako u věku a pohlaví.

Klíčová slova: subjektivní zdraví, determinanty zdraví, příznaky deprese, EHIS

Počet znaků bez mezer: 93152

Self-perceived health with focus on determinants of depression in selected countries of Europe

Abstract

The aim of this thesis is to describe and compare the proportions of people with depressive symptoms in 29 European countries based on the health survey EHIS 2014. The effect of age, sex and education determinants is examined while focusing on persons aged 65 years and over. Using the cluster analysis method, proportions of persons aged 15 years and over suffering from depressive symptoms with the proportion of persons aged 65 years and over with depressive symptoms are compared and so are the sex differences in depressive symptoms within the persons aged 65 years and over. The relationship between the determinant of education and the depressive symptoms of persons aged 65 years and over is shown by conditional formatting. Analyses indicate that there is an apparent increase in the occurrence of depressive symptoms in the elderly, and it is even more noticeable with women. The level of education is also reflected in the occurrence of depressive symptoms, nevertheless, this relationship is not as apparent in the selected countries as it is for the age and sex determinants.

Keywords: self-perceived health, health determinants, depressive symptoms, EHIS

OBSAH

Přehled použitých zkratk	7
Seznam tabulek	8
Seznam obrázků	10
1 Úvod	11
1.1 Cíle práce a hypotézy	12
1.2 Struktura práce	12
2 Zdraví	13
2.1 Výběrová šetření o zdraví	13
2.2 Subjektivní zdraví a jeho měření v Česku.....	14
2.3 Zdravotní stav ve stáří.....	16
2.3.1 Vymezení počátku stáří.....	16
2.3.2 Změny zdravotního stavu ve stáří	16
2.4 Determinanty subjektivního zdraví	17
2.4.1 Demografické determinanty	17
2.4.2 Socioekonomické determinanty	18
3 Duševní zdraví: deprese	19
3.1 Vymezení pojmu deprese.....	20
3.1.1 Klasifikace a diagnostika deprese dle MKN-10.....	21
3.1.2 Klasifikace a diagnostika deprese dle DSM.....	22
3.2 Sebehodnocení deprese: nástroje	23
3.3 Výskyt deprese v Evropě	23
4 Determinanty duševního zdraví	25
4.1 Determinanty duševního zdraví a deprese u starších osob.....	25
5 Metodika a výchozí data	27
5.1 Šetření o zdraví EHIS 2014: mentální zdraví.....	27
5.1.1 Dotazník PHQ-8.....	27
5.1.2 Vybrané státy	29
5.1.3 Vybrané determinanty deprese.....	29
5.2 Metodologický postup.....	29

6	Regionální diferenciace deprese.....	32
6.1	Základní charakteristiky výchozího souboru	32
6.2	Typologie zemí podle příznaků deprese.....	37
6.3	Analýza příznaků deprese se zaměřením na osoby ve věku 65+ let	40
6.3.1	Typologie zemí podle příznaků deprese u osob ve věku 65+ let	43
6.3.2	Vliv vzdělání na příznaky deprese u osob ve věku 65+ let	54
7	Závěr	60
	Seznam použité literatury.....	63
	Přílohy	70

PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK

BDI-II	Beckova sebe-posuzovací škála pro dospělé
ČSÚ	Český statistický úřad
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
(E)HES	(European) Health Examination Survey
(E)HIS	(European) Health Interview Survey
EU	Evropská unie
EURO-D	nástroj pro sjednocení porovnávání příznaků deprese u osob ve věku 65+ v centrech Evropy
GDS	Geriatrická škála deprese
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HELEN	Health, Life Style and Environment
MEHM	Minimální evropský modul o zdraví
MKN	Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
ISCED	Mezinárodní standardní klasifikace vzdělávání
PHQ	Patient Health Questionnaire
SHARE	Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe
SILC	Statistics on Income and Living Conditions
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tab. 1	Otázky na subjektivní zdraví ve výběrových šetření o zdraví, EHIS (2014) a EU-SILC (2018)	15
Tab. 2	Podíly osob trpících depresivní fází (MKN-10 F32) ve vybraných zemích Evropy, rok 2017, %.....	24
Tab. 3	Znění české verze dotazníku PHQ-8	28
Tab. 4	Příklad způsobu skórování u české verze dotazníku PHQ-8	28
Tab. 5	Střední hodnoty a variabilita ukazatelů příznaků deprese v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 15+, %.....	33
Tab. 6	Střední hodnoty a variabilita ukazatele příznaky depresivní fáze v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, %.....	33
Tab. 7	Střední hodnoty a variabilita ukazatele jiné příznaky deprese v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, %	34
Tab. 8	Skupiny zemí s podílem osob trpících příznaky deprese s průměrem a směrodatnou odchylkou v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 15+, %	39
Tab. 9	Střední hodnoty a variabilita ukazatelů příznaků deprese podle pohlaví v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %	40
Tab. 10	Skupiny zemí s podílem osob trpících příznaky deprese s průměrem a směrodatnou odchylkou v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %	46
Tab. 11	Skupiny zemí podle podílu příznaků deprese u mužů s průměrem a směrodatnou odchylkou v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %	50
Tab. 12	Skupiny zemí podle podílu žen trpících příznaky deprese s průměrem a směrodatnou odchylkou v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %	53
Tab. 13	Podíl osob s příznaky deprese podle úrovně vzdělání v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %	55

Tab. 14 Podíl osob s příznaky depresivní fáze podle úrovně vzdělání a pohlaví v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, % 57

Tab. 15 Podíl osob s jinými příznaky deprese podle úrovně vzdělání a pohlaví v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, % 58

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1	Podíl osob s příznaky depresivní fáze v zemích Evropy, rok 2014, věk 15+, %.....	35
Obr. 2	Podíl osob s jinými příznaky deprese v zemích Evropy, rok 2014, věk 15+, %	36
Obr. 3	Shluková analýza příznaků deprese v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 15+	37
Obr. 4	Typologie zemí podle podílů příznaků deprese v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 15+, %	38
Obr. 5	Odchylka od průměrného podílu osob s příznaky depresivní fáze v zemích Evropy, rok 2014, věk 65+, %.....	42
Obr. 6	Odchylka od průměrného podílu osob s jinými příznaky deprese v zemích Evropy, rok 2014, věk 65+, %.....	43
Obr. 7	Shluková analýza příznaků deprese, v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+	44
Obr. 8	Typologie zemí podle podílů příznaků deprese v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %	45
Obr. 9	Shluková analýza příznaků deprese u mužů, v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+.....	48
Obr. 10	Typologie zemí podle podílů příznaků deprese u mužů v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %.....	49
Obr. 11	Shluková analýza příznaků deprese u žen, v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+	51
Obr. 12	Typologie zemí podle podílů příznaků deprese u žen v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %	52

Kapitola 1

Úvod

Zdraví prostupuje všemi dimenzemi lidského života a ovlivňuje tak každodennost jednotlivců i celých společností. Vymezení zdraví se vyvíjí spolu s časem. Zatímco dříve bylo chápáno spíše jako absence nemoci, dnes je pojímáno mnohem komplexněji jako stav spojený s fyzickou, sociální i psychickou pohodou jedince (WHO nedatováno).

Aby bylo zdraví pokryté v celé své šíři, je důležité zabývat se nejen hledisky objektivními, ale také jeho subjektivním vnímáním. To je často mnohem komplexnější, jelikož jedinec může často přesněji zhodnotit důležité aspekty svého zdravotního stavu. Subjektivní zdraví je zjišťováno pomocí různých šetření a slouží tak jako doplnění objektivních informací zaznamenaných v rámci lékařské péče. Jedním z těchto šetření je evropské šetření o zdraví EHIS (SZÚ 2016), jež bylo naposledy uskutečněno v roce 2014. Mimo jiné toto šetření obsahuje otázku zjišťující subjektivní zdraví a příznaky deprese, jež uvádí sám pacient pomocí dotazníku PHQ-8 a je tak zejména pro analytickou část této práce klíčové.

Zdraví je v průběhu celého života podmiňováno mnoha determinanty, které mohou být např. demografické, socioekonomické, duševní či biologické povahy (Bjoner aj. 1996). Zdraví i jeho determinanty nejsou v průběhu života konstantní, ale mění se v závislosti na věku. S přibývajícím věkem se obecně zdravotní stav zhoršuje, zejména u žen (WHO 2017b), čemuž je v dnešní době, v souvislosti se zvětšováním podílu seniorské populace v zemích Evropy, důležité věnovat pozornost. Spolu s fyzickým stavem a kognitivními schopnostmi, které se s přibývajícím věkem mohou proměňovat, mohou výrazné změny nastat také v oblasti duševního zdraví, které je ve vztahu ke zdraví nezanedbatelné.

Jedno z nejčastějších onemocnění týkající se duševního zdraví je deprese, onemocnění, jež se projevuje mj. depresivní náladou nebo ztrátou zájmu a potěšení (ÚZIS ČR 2018). Rizikové faktory deprese mohou s rostoucím věkem, a změnami s tím spojenými, také narůstat, což způsobuje, že jsou starší osoby k této nemoci často náchylnější.

Stěžejním tématem je tak pro tuto práci vnímání zdraví staršími osobami a zhodnocení vlivu determinantů věku, pohlaví a vzdělání na uvádění příznaků deprese těmito osobami, které jsou v analytické části definovány věkovou hranicí 65+ let, jež bývá taktéž stanovena pro definici demografického stárnutí (Rychtaříková 2014).

1.1 Cíle práce a hypotézy

Hlavním cílem práce je vytvoření typologie 29 evropských zemí na základě dvou kategorií příznaků deprese uvedených muži a ženami ve věku 65+ let v rámci šetření o zdraví EHIS 2014 a porovnání mezipohlavních rozdílů v pociťování příznaků deprese v těchto zemích. Dílčím cílem je určit, jaký je vztah mezi determinantem vzdělání a příznaky deprese u osob ve věkové kategorii 65+.

Práce si také klade za cíl analyzovat podíly osob ve věku 15+ let s příznaky deprese a porovnat je s podíly osob s příznaky deprese ve věku 65+ let ve vybraných zemích Evropy na základě dat z posledního šetření o zdraví EHIS 2014, opět na základě typologie těchto zemí podle dvou kategorií příznaků deprese.

Hypotézy stanovené na základě rešerše literatury, které jsou v analytické části práce ověřovány, jsou následující:

- Prevalence deprese dosahuje maxima u starších dospělých (WHO 2017b), což je více patrné u žen než u mužů (Ocampo 2010). Osoby ve věku 65+ let tak budou uvádět příznaky deprese častěji než osoby v mladších věkových kategoriích a projeví se to více u žen.
- Vzdělání je výrazným determinantem duševního zdraví i konkrétně deprese (Ross a Mirowsky 2006). Bude tedy existovat vztah mezi podílem osob s příznaky deprese a úrovní dosaženého vzdělání těchto osob.

1.2 Struktura práce

Tuto práci lze rozdělit na dvě hlavní části. V první, teoretické, je po úvodní kapitole čtenáři ve třech kapitolách představeno nejprve téma subjektivního zdraví a jeho determinantů, dále zdraví duševního a determinanty jej ovlivňující, přičemž je zvýšená pozornost upřena na determinanty deprese a starší osoby.

Druhá část práce, v rámci které je téma zúženo na příznaky deprese ve vybraných evropských zemích, je metodologické a analytické povahy. Součástí je pátá kapitola zahrnující popis dat, ze kterých tato část práce vychází a představení metodiky jejich sběru. Následuje popis vlastních metodologických postupů, jež jsou následně v práci využity. V šesté kapitole je popsán výchozí datový soubor a na tento popis navazuje hlavní analýza – typologie zemí Evropy podle příznaků deprese. Větší prostor je v této kapitole věnován již podrobnější analýze příznaků deprese u osob ve věku 65+ opět na základě typologie zemí. Zahrnuta je také analýza vztahu úrovně vzdělání a této věkové kategorie. Práce je shrnuta v poslední sedmé kapitole, v závěru, který obsahuje odpovědi na stanovené výzkumné otázky.

Vzhledem k omezenému rozsahu této práce jsou součástí také přílohy, kde jsou tabulky a kartogramy související s tématem práce.

Kapitola 2

Zdraví

Zdraví je jedním ze základních indikátorů kvality života. Promítá se do něj široké pole dimenzí lidského bytí, což vyplývá i z definice Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO), která jej označuje jako stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody; ne pouze jako absenci nemoci nebo vady (WHO nedatováno).

Ve vztahu ke zdraví tak existují různé oblasti kvality života, kterými je důležité se zabývat. Mezi základní patří délka života a délka života ve zdraví. Další podstatnou dimenzí je zdravotní stav, který zahrnuje jak zdraví objektivní, tak zdraví subjektivní, o kterém dále tato práce pojednává podrobněji. Významnou oblastí ve zdraví je také úroveň zdravotní péče, zdravotní chování spolu se zdravotní gramotností a o neméně důležitou dimenzí je ekvita ve zdraví, tedy snaha odstranit nerovnosti ve zdraví (Kučera aj. nedatováno).

2.1 Výběrová šetření o zdraví

Mít spolehlivá data o těchto oblastech zdraví celé populace je velmi důležité pro tvorbu zdravotních politik a strategií, pro zřízení preventivních opatření a kontrolu jejich účinnosti. Z důvodů potřeb postihnout zdraví v celé populaci již nestačí údaje, které shromažďují zdravotnické registry pouze o pacientech léčených ve zdravotnických zařízeních, mnohem podrobnějším zdrojem informací o populačním zdraví jsou pak výběrová šetření (Státní zdravotní ústav 2016).

Výběrových šetření se zaměřením na problematiku zdraví existuje celá řada a jsou prováděna na různých úrovních (např. světové, mezinárodní, národní). Zaměřují se buď obecně na koncept zdraví a zdravotní stav, konkrétněji na specifické oblasti zdraví (např. na mentální zdraví, kardiovaskulární nemoci atd.) nebo mohou zdravotní stav zjišťovat v rámci jiných šetření (socioekonomické podmínky, kvalita života apod.) (Daňková 2010).

Podle způsobu sběru dat mohou být dále šetření o zdraví rozlišena na dva základní typy. Na získání subjektivních dat skrze sebehodnocení respondentů jsou založena dotazníková šetření (HIS – Health Interview Survey). Na ně navazují vyšetření lékařská (HES – Health Examination

Survey) soustředící se na fyzikální a/nebo biologická měření zdravotního stavu s cílem doplnit subjektivně sdělené údaje (SZÚ 2016).

Projektem na světové úrovni je např. Světové šetření o zdraví (World Health Survey), provedené WHO mezi lety 2002 a 2004 v sedmdesáti zemích světa s cílem získat mezinárodně srovnatelné údaje o zdravotním stavu obyvatel a fungování zdravotnických systémů (WHO 2018b). Světové šetření o zdraví proběhlo na reprezentativním vzorku dospělé populace také v Česku, kde byl organizátorem Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR 2004).

Od roku 2004 probíhá evropské šetření SHARE (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe) postavené na vytvoření longitudinálního datového souboru osob ve věku 50+ let a jejich rodin. Toto šetření je cílené na témata jako je demografie a rodina, zdraví a zdravotní péče, důchod, sociální podpora apod. a má dopomoci k pochopení procesu stárnutí evropské populace. V současnosti se připravuje již osmá vlna šetření SHARE (SHARE Project nedatováno).

Dalším mezinárodním šetřením týkající se Česka je Evropské výběrové šetření o zdraví EHIS (European Health Interview Survey), které na základě jednotné metodiky poskytuje informace o zdravotním stavu všech členských zemí Evropské unie (dále jen EU). Poslední šetření uskutečněné v roce 2014 bylo šestým komplexním výběrovým šetřením o zdraví v Česku, přičemž poslední dvě kola (v roce 2008 a 2014) proběhla již ve spolupráci s ostatními evropskými zeměmi (SZÚ 2016). V poslední vlně tohoto šetření byly v rámci subjektivního hodnocení zdraví a spokojenosti poprvé v Česku zjišťovány depresivní příznaky a jejich závažnost (European Commission 2013). Díky takto získaným datům o depresi a jejímu subjektivnímu vnímání, slouží šetření EHIS 2014 jako východisko pro tuto práci a je detailněji popsáno dále v textu.

Na národní úrovni je zdravotní stav v Česku sledován např. Státním zdravotním ústavem (dále jen SZÚ) pomocí dotazníkového šetření HELEN (Health, Life Style and Environment). Zaměřen je na městskou populaci ČR a její odhad prevalence vybraných neinfekčních onemocnění a rizikových faktorů těchto onemocnění. V tuto chvíli je toto šetření po 3 etapách (1993–2009) přerušeno (SZÚ nedatováno).

2.2 Subjektivní zdraví a jeho měření v Česku

V konceptu zdraví, jak jej definuje WHO (2019), je kladen důraz na chápání jedince jako celku s jeho duševním, sociálním i duchovním cítěním (Ocampo 2010).

Blazer (2008) uvádí, že medicínská praxe mnohdy sleduje spíše kvantitativní aspekty zdraví na úkor těch kvalitativních. To se projevuje v častém využívání předepsaných postupů a směrnic a z medicíny se tak vytrácí prvek naslouchání a schopnosti vcítění. Pro kompletní zhodnocení zdraví, je však třeba brát v potaz obě jeho složky – složku objektivní a subjektivní. Zatímco objektivním zdravím rozumíme zejména zdraví biomedicínské, tak jak ho zaznamenává lékař, zdraví subjektivní bere v potaz sebepojetí jedince spolu s jeho osobními zkušenostmi (Bjoner aj. 1996).

Jak je již výše uvedeno, subjektivní vnímání zdravotního stavu bývá v praxi zjišťováno pomocí výběrových šetření. V Česku je mu věnována pozornost v šetření Životních podmínek

(EU-SILC) každoročně zajišťovaném Českým statistickým úřadem (dále jen ČSÚ). V sekci týkající se zdraví tvoří základ 3 otázky podle tzv. Minimálního evropského modulu o zdraví (MEHM). Jedná se o otázky ohledně zdravotního stavu respondenta – obecného subjektivní zdraví, přítomnosti chronické nemoci a omezení v běžných aktivitách ze zdravotních důvodů (Daňková 2010).

Stejný modul MEHM využívá také již zmiňované šetření EHIS. Otázky na subjektivní zdravotní stav jsou tak v šetřeních velmi podobné. V obou případech je celkovému zdravotnímu stavu věnována jediná otázka, jak tomu zpravidla bývá i v jiných šetřeních. Porovnání obou otázek v rámci těchto šetření je zobrazeno v tabulce č. 1. Respondent je zodpovídá v obou případech pomocí pětibodové škály.

Tab. 1 – Otázky na subjektivní zdraví ve výběrových šetření o zdraví, EHIS (2014) a EU-SILC (2018)

EHIS	EU-SILC
Jak se celkově zdravotně cítíte?	Jak celkově hodnotíte svůj zdravotní stav?
Velmi dobře	1. velmi dobrý
Dobře	2. dobrý
Uspokojivě	3. přijatelný
Špatně	4. špatný
Velmi špatně	5. velmi špatný

Zdroj dat: European Commission (2013) a Český statistický úřad (2018), vlastní úprava

Pětibodová Lickertova škála je pro tuto situaci standardně doporučována WHO z důvodu středové, neutrální možnosti (WHO a Statistics Netherlands 1996). V českém překladu je však v obou případech použit výraz spíše pozitivní. Výraz *uspokojivý* v případě šetření EHIS a *přijatelný* v rámci šetření EU-SILC. Zatímco šetření EHIS je doplněno pokyny pro tazatele, kde je uvedeno, že střed škály má být chápán neutrálně, EU-SILC těchto zpřesnění nevyužívá. V rámci zdánlivě podobných otázek tak mohou vznikat nesrovnalosti (Daňková 2010).

Co se týče dalších pokynů, v šetření EHIS je zdůrazněno, že má dotazovaný na tuto otázku odpovídat zcela sám bez jakékoli cizí asistence. Má brát v potaz své celkové, nikoli pouze aktuální zdraví, přičemž ho v tu chvíli nemá s nikým srovnávat. Cílem této otázky má být postihnout respondentovo vnímání zdraví napříč různými dimenzemi (European Commission 2013).

Subjektivní hodnocení zdraví je nástroj, kterým lze postihnout stránku zdraví více kvalitativně, často v rámci jedné jednoduché otázky. Díky tomu, že nereflektuje čistě biologické aspekty, ale pojímá i aspekty psychologické, sociální a funkční (Damian aj. 1999), je přínosný komplexním vzhledem na zdravotní stav jedince, kterého u zdraví zjišťovaného tradičními způsoby nelze v takové míře docílit (Idler a Benyamini 1997). Mimo to je subjektivní zdraví na základě mnoha výzkumů (Mossey a Shapiro 1982, Kaplan a Camacho 1983) označováno jako významný prediktor úrovně úmrtnosti.

Je však důležité brát v potaz, že subjektivní zdraví má svá omezení a nedokáže všechny aspekty zdraví plně postihnout (Au a Johnston 2014). Mnohdy je zapotřebí vyšetření lékařských, a proto je pak ideální kombinace těchto dotazníkových šetření a těch, která jsou založena na vyšetření lékařů, tedy šetření typu HES (Health Examination Survey). V případě Česka byl tento typ šetření realizován SZÚ v roce 2014 v rámci Výběrového šetření zdravotního stavu evropské

populace s lékařským vyšetřením (European Health Examination Survey – EHES) jako nadstavba pro šetření EHIS (SZÚ 2016).

2.3 Zdravotní stav ve stáří

Postupné zhoršování zdravotního stavu je faktorem nejčastěji spojovaným s přibývajícím věkem. Jedná se dokonce možná o nejsilnější faktor, který proces stárnutí podmiňuje, především pak v přítomnosti chronických a vícečetných nemocí nebo tělesných a psychických poruch, které ovlivňují každodenní život a nezávislost starších osob (da Silva 2014). Je proto důležité, aby zdravotnímu stavu u starších osob byla věnována pozornost, a to zejména v době, kdy vyspělé země zažívají demografické stárnutí, pro které je charakteristické zvětšování podílu seniorské populace ve společnosti (Pavlík 1998). Demografické stárnutí jako hromadný jev souvisí jak s prodloužováním délky lidského života, tak často také významně se snižujícím se podílem dětské složky, tedy s úrovní porodnosti (Rychtaříková 2014).

2.3.1 Vymezení počátku stáří

Věk, ve kterém nastává přechod mezi středním věkem a stářím, není jednoznačně definován. V souvislosti s pojetím počátku stáří Rychtaříková (2014) zmiňuje kulturní podmíněnosti vedle neméně důležitých specifických charakteristik jedince jako je např. věk, pohlaví nebo vzdělání a současně také jeho dynamiky v čase.

K objektivnímu vymezení počátku stáří se však nejčastěji využívá věk chronologický. V dnešní moderní společnosti vyspělých zemí se oficiálně moment stáří určuje zejména v závislosti na ekonomické aktivitě, tedy na ukončení pracovního poměru a odchodu do důchodu. Hranice stáří se pak pohybuje zejména v rozmezí 60 až 65 let, což je také období, ve kterém může docházet k různým fyzickým a psychologickým změnám (Svobodová 2012). Ty se pak u jedince projevují v různé intenzitě i v různých oblastech zdraví.

Co se týče vymezení stáří v analytické části práce, je použita věková hranice právě 65 let, která bývá taktéž obvykle stanovena pro definici demografického stárnutí (Rychtaříková 2014).

2.3.2 Změny zdravotního stavu ve stáří

Zdravotní stav bývá osobami ve vyšším věku častěji hodnocen jako uspokojivý nebo špatný, což se může odvíjet např. od ztráty některých sociálních rolí, případných chronických onemocnění nebo nezpůsobilosti starších osob vykonávat některé činnosti (Gómez aj 2004 cit. v Ocampo 2010). Výjimku však mohou tvořit osoby starší 90 let, které naopak často uvádějí svůj zdravotní stav jako výrazně lepší (dobrý až výborný). Vysvětlit to lze na základě více činitelů, podle Lianga aj. (2005) jde o určitou adaptaci na zhoršený zdravotní stav a na základě toho i o optimističtější pohled na nemoci či funkční problémy, než jaký mají jedinci mladší. Autoři v této souvislosti dále zmiňují proces selekce, kdy vystavení náročným životním situacím v průběhu mnoha let může u mít za následek, že přežívají jedinci silnější a zdravější.

Proces individuálního stárnutí bývá také často spojován se změnami v oblasti kognitivních schopností, do kterých spadají mj. změny krátkodobé či dlouhodobé paměti, pozornosti – např. selektivní nebo trvalé a na vyšší úrovni již také změny řeči, rozhodování atd. Příkladem jsou problémy spojené s vykonáváním činností vyžadujících pohotovostní reakce, jako je např. řízení vozidla, což společně s ostatními možnými problémy pozornosti z velké části omezuje samostatnost a nezávislost starších osob. Nicméně, tyto změny kognitivních funkcí spojené s věkem jsou velmi individuální a odlišné také v závislosti na konkrétních oblastech kognice (Glisky 2013).

Murman (2015) upozorňuje na oblasti kognitivních dovedností, u kterých naopak s rostoucím věkem dochází k jejich zlepšení a v pokročilém věku zůstávají ve velké míře zachovány, je tomu tak v případě souhrnných znalostí nebo dovedností souvisejících s životními zkušenostmi.

Z výše uvedeného plyne, že stárnutí je značně individuální proces, jehož průběh je podmíněn mnoha okolnostmi a může tak být definován a chápán více způsoby.

2.4 Determinanty subjektivního zdraví

Zdraví není stálý, konstantní jev, ale jedná se o dynamický proces, který je utvářen mnoha determinanty. Podle Velkého slovníku zdraví (nedatováno) determinanty zdraví představují „souhrn jevů a podmínek, které určují, popř. výrazně ovlivňují zdraví. Zahrnují širokou škálu osobních, sociálních a ekonomických faktorů i charakteristik životního prostředí.“ Aby došlo k zohlednění celého spektra zdravotních determinantů, je podle Nutbeam (1998) třeba brát v potaz, jak faktory vycházející přímo z činnosti jednotlivců (např. zdravotní chování a životní styl), tak také faktory jako je příjem či sociální postavení, dostupnost zdravotní péče, pracovní podmínky anebo fyzické prostředí.

Tyto faktory pak do velké míry určují, jak je zdraví jedinci pocíťováno a jakým způsobem je hodnoceno. Ve vztahu k subjektivnímu vnímání zdraví Bjoner aj. (1996) hovoří o faktorech demografických, kde hrají roli např. věk, pohlaví či vzdělání, sociálních, kam řadí kupříkladu funkci rodiny či sociálních sítí a dále k těmto faktorům připojuje faktory biologické, mentální a funkční. Palloni aj. (2002) upozorňují také na faktory geografické, když zmiňují rozdílné hodnocení zdraví mezi zeměmi.

Vzhledem k povaze práce je v následující části pozornost věnována speciálně determinantům demografickým a socioekonomickým.

2.4.1 Demografické determinanty

Determinanty ovlivňující hodnocení zdraví se liší v závislosti na věku. Např. podle Fernández-Ballesterose (2002 cit. v da Silva 2014) hraje u starších osob velmi významnou roli způsob trávení volného času, účast na aktivitách, kvalita sociálních vztahů, míra sociální integrace a v neposlední řadě také emocionální a finanční podpora. Podobného názoru, co se týče aktivity a sociálních vztahů starších osob, je také Wong (2004 cit. v Ocampo 2010), který ještě v souvislosti s lepším hodnocením zdraví v důchodovém věku zmiňuje důležitost manželství, tedy stabilní formy vztahu.

Pozornost je třeba zaměřit také na mezipohlavní rozdíly, jelikož pohlaví je dalším faktorem, na základě kterého se vnímání zdraví liší. Ženy své zdraví obecně hodnotí hůře než muži a tyto rozdíly jsou ještě znatelnější s přibývajícím věkem (Ocampo 2010). Damian aj. (1999) jako jedno z vysvětlení tohoto rozdílu udává naději dožití, která je u žen vyšší než u mužů, avšak mnohdy na úkor zhoršení funkčního zdraví, kvality života obecně, a tím pádem také zhoršení vnímání vlastního zdravotního stavu. Dalším vysvětlujícím faktorem pak může být např. nižší příjem žen (Aspiazu aj. 2002 cit. v Ocampo 2010).

Obecně je tedy vztah mezi pohlavím a zdravím zprostředkován spíše pomocí dalších faktorů – např. úrovní vzdělání, funkčním zdravotním stavem (Ocampo 2010) nebo výše uvedeným rozdílným příjmem.

2.4.2 Socioekonomické determinanty

Příjmová nerovnost a socioekonomický status obecně jsou dalšími velmi významnými faktory v hodnocení zdraví (Domènech-Abella aj. 2018). Vztah mezi socioekonomickým statutem a zdravím je takový, že čím vyšší je socioekonomický status, tím nižší je prevalence nebo výskyt zdravotních problémů, nemocí nebo úmrtí (Alvarez-Galvez aj. 2013; Wilkinson a Marmot 2003) a v důsledku toho i lepší hodnocení zdravotního stavu (Damian aj. 1999). S nízkým socioekonomickým statutem je pak naopak spojováno zvýšené riziko nezdravého životního stylu, jako je např. kouření tabáku nebo sedavý způsob života (Brunello aj. 2015) mající vliv na výsledný zdravotní stav.

Důležitým aspektem v rámci této kategorie je bezesporu vzdělání (Ross a Mirowsky 2006). Jedinci s vyšší úrovní vzdělání mají tendenci vnímat své zdraví lépe, a to i v přítomnosti většího množství zdravotních problémů (Bjoner aj. 1996). To Borrell-Carrio aj. (2004) vysvětlují tím, že vzdělaní jedinci mají lepší prostředky vypořádat se s náročnějšími životními situacemi, což se nakonec kladně projeví i v celkovém hodnocení vlastního zdraví. Síla vztahu mezi socioekonomickým statutem a zdravím se pak liší v konkrétních zemích (Adams aj. 2003).

Kapitola 3

Duševní zdraví: deprese

Na základě definice zdraví WHO (2019) je patrné, že zdraví jedince není kompletní, pokud jedna z jeho základních složek není naplněna – ať už se jedná o fyzickou, sociální či duševní pohodu. Následující část bakalářská práce se váže konkrétně k jedné z těchto složek zdraví, a to ke zdraví duševnímu.

Duševní zdraví je zásadní pro kolektivní i individuální schopnost jedinců „přemýšlet, vnímat a vyjadřovat emoce, interagovat mezi sebou, vydělávat na živobytí a užívat si života.“¹ Podporu a ochranu duševního zdraví tak lze považovat za zásadní věc, a to na úrovni jednotlivců, komunit i společností (WHO 2017a). V Evropské unii je pozitivní duševní zdraví označeno jako klíčový faktor pro sociální kohezi, ekonomický progres a udržitelný rozvoj (Mental Health and Wellbeing nedatováno).

Problémy spojené s duševním zdravím se stávají prioritou i pro veřejné zdravotnictví. Je totiž stále více zřejmé, že pro společnost představují velikou zátěž, např. z hlediska sociálních a ekonomických nákladů (European Commission 2004). Velká ekonomická zátěž je mimo jiné způsobena nižší produktivitou a častou absencí v práci (Mental Health and Wellbeing nedatováno). WHO (2017a) odhaduje finanční zátěž způsobenou poruchami nálad a úzkostí na 170 miliard euro ročně.

Nicméně, reakce zdravotnictví na zátěž způsobenou duševními poruchami stále není dostatečná. Mezi potřebnou léčbou a jejím poskytováním je velmi znatelný rozdíl, který je významně vyšší v zemích s nízkými a středními příjmy, kde odhadem 76 % až 85 % lidí s duševními poruchami není léčeno, oproti 35 % až 50 % v zemích s vysokými příjmy (WHO 2018a).

Často jsou také problémy v oblasti duševního zdraví nedostatečně rozpoznány lékaři nebo samotnými jedinci, zejména těmi ve vyšším věku a od vyhledání pomoci mnohdy odrazuje stigmatizace, která je s problematikou duševních chorob úzce spojena (WHO 2017b).

Poruchám týkajících se duševní roviny zdraví je v desáté revizi příručky Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (dále jen MKN-10; ÚZIS ČR) věnována pátá kapitola s názvem *Poruchy duševní a poruchy chování* (F00–F99), která je členěna

¹ přeloženo autorem

do jedenácti kapitol a obsahuje onemocnění jako je např. schizofrenie, afektivní poruchy nebo mentální retardace (ÚZIS ČR 2018). Podle odhadů WHO k roku 2010 se duševní poruchy a poruchy chování (MKN-10 F00–F99) podílely 7,4 % na celkovém počtu ztracených let života v důsledku nemoci (ukazatel DALYs²), přičemž tomuto žebříčku dominuje deprese (Murray aj. 2012), kterou bylo podle odhadů WHO k roku 2015 celosvětově zasaženo 4,4 % populace (WHO 2018a).

Deprese je velmi závažná nemoc, která vyžaduje speciální léčbu. I přesto, že jsou známy způsoby, jak toto onemocnění léčit, odhadem se léčby nedostává průměrně více než polovině nemocným. To lze vysvětlit na základě mnoha překážek, které jsou s tímto onemocněním spojeny – jednou z nich může být nedostatek prostředků, školeného personálu a v neposlední řadě také společenské stigma provázející toto vážné onemocnění. Problém je také v samotné diagnostice nemoci, kdy dochází k tomu, že u mnoha jedinců je nemoc přehlížena a u mnoha naopak dochází k nesprávnému zhodnocení problému a předepsání antidepresiv v nesprávnou chvíli (WHO 2018b).

Podhodnocení a nerozpoznání deprese bývá často spojováno s osobami ve starším věku – příznaky jsou často připisovány procesu stárnutí nebo jiným onemocněním, což vede k velkému rozdílu mezi jedinci trpícími příznaky deprese a jedinci, kteří podstupují potřebou léčbu. V tomto směru je klíčové rozpoznání deprese u starších osob již v rámci primární péče, kde dochází k nejčastějšímu kontaktu mezi jedinci a zdravotní péčí a zmírnit tak zátěž deprese a zamezit sebevraždám u osob ve starším věku (Gregg aj. 2013). Na druhou stranu Copeland aj. (2018) zmiňují, že příznaky deprese mohou být v tomto věku naopak přeceněny a nemoc diagnostikována častěji, než by měla být.

Jedním z možných příznaků deprese, kterým je více pozornosti věnováno níže (viz kapitola 3.1), jsou myšlenky na sebepoškození, což může vyústit až k sebevražděným úmyslům (American Psychiatric Association 2013) a v nejhorším případě pak může deprese vést až k sebevraždě. Podle odhadů WHO je ročně na světě spácháno až 800 000 sebevražd a ve věkové kategorii 15-29 let se jedná dokonce o druhou nejčastější příčinu úmrtí (WHO 2018b).

3.1 Vymezení pojmu deprese

Deprese či depka je často skloňovaným pojmem, kterým jsou však mnohdy označovány odlišné stavy. Smutně či podrážděně se čas od času cítí většina lidí, ale ve chvíli, kdy se jedná o poruchu nálady, je to jiné. V tom případě je pak výrazně ovlivněn každodenní emocionální stav jedince (ÚZIS ČR 2018). Z tohoto důvodu je důležité správně vymezit duševní poruchu, o které práce pojednává. O standardizaci psychických poruch na mezinárodní úrovni se zasazují klasifikační systémy. Mezi ty nejvyužívanější patří, již výše zmiňovaná, MKN-10 (ÚZIS ČR 2018)

² Roky života vážené disabilitou (DALYs); ukazatel vyjadřuje souhrnně roky ztracené předčasnými úmrtími (YLLs) a roky ztracené životem s disabilitou (YLDs).
DALYs = YLLs + YLDs

a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (dále jen DSM; American Psychiatric Association 2013) (van Heugten – van der Kloet a van Heugten 2015).

3.1.1 Klasifikace a diagnostika deprese dle MKN-10

V rámci MKN-10, která pod záštitou WHO slouží jako klasifikační systém lidských onemocnění a zdravotních problémů, je depresi věnována část v podkapitole *Afektivní poruchy (poruchy nálady)* pod kódy F30-39, u kterých je „základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii“, přičemž obvykle dochází současně ke změně celkové aktivity (ÚZIS ČR 2018, s. 210).

Typickou depresivní fází, tak, jak je v desáté revizi MKN kodifikována pod kódem F32, provází zhoršená nálada, snížená energie a aktivita. Mezi základní příznaky patří také narušení smyslu pro zábavu, osobní zájmy či zhoršená schopnost koncentrace. Dále má nemocný pocit únavy i po minimální námaze, narušený spánek a zhoršenou chuť k jídlu. Jsou přítomny pocity viny a beznaděje a patrné je zhoršení sebehodnocení a sebedůvěry. Přičemž okolní změny na zhoršenou náladu nemají významný vliv, a ta se příliš nemění ani v průběhu času. Na základě počtu a tíže uvedených příznaků může depresivní fáze probíhat v lehké, střední až těžké formě.

Všechny tyto formy mohou být doprovázeny ztrátou zájmů a pocitů uspokojení – tedy tzv. „somatickými“ příznaky. Nemocný se během depresivní fáze probouzí zpravidla o několik hodin dříve, než je obvyklé a jeho stav je ráno nejhorší. Pozorovatelná je taktéž psychomotorická retardace a agitovanost. Pro nemoc je dále příznačné hubnutí, ztráta chuti k jídlu a ztráta libida (ÚZIS ČR 2018).

V aktuální 10. revizi MKN je depresivní fáze (F32) tvořena devíti diagnostickými kategoriemi, které jsou určeny na základě tíže poruchy, tedy množstvím depresivních příznaků, kterými nemocný trpí. Pro diagnózu *lehké depresivní fáze* (F32.0) je třeba alespoň dvou až tří příznaků, které jsou zmíněny v předešlé části práce. Obvykle dochází k deprivaci, která ale nebere jedinci schopnost účastnit se běžných denních aktivit.

Se *středně těžkou depresivní fází* (F32.1) je pacient diagnostikován při přítomnosti čtyř a více příznaků a denní činnosti již pacientovi způsobují větší obtíže.

Těžká depresivní fáze (F32.2; F32.3) se dělí na tu s psychotickými příznaky a tu bez nich. Pro obě zmíněné fáze je typický pocit beznaděje a viny a u pacienta dochází ke ztrátě sebehodnocení. Vyskytují se často myšlenky na sebevraždu i pokusy o ni a zpravidla jsou přítomny také „somatické“ symptomy. U fáze s psychotickými příznaky (F32.3) jsou navíc „přítomny halucinace, bludy, psychomotorická retardace nebo stupor“, jejichž závažnost zabraňuje pravidelné obvyklé sociální aktivitě; hrozí možnost sebevraždy, žíznění či hladovění. Přičemž halucinace a bludy mohou, ale nemusí souviset s náladou (ÚZIS ČR 2018, s. 213).

Navazují *jiné depresivní fáze* (F32.8) a pod kódem F32.9 *depresivní fáze NS (nespecifikovaná)*. K depresi se vztahuje i navazující část MKN-10, s kódem F33 to je *periodická depresivní porucha*, která zahrnuje opakované fáze deprese, jež jsou popsány výše, aniž by docházelo k samostatné fázi zvýšené nálady a energie.

Depresivní fáze je součástí také *Bipolární afektivní poruchy (F31)*, během které se pacient vedle deprese potýká s hypomanií anebo manii vyznačující se zvýšením nálady, energie a aktivity. Depresi blízké jsou částečně *Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)*, F34 – poruchy

nálad trvající mnoho let, jejichž jednotlivé fáze nejsou natolik těžké, aby mohly být popsány např. jako lehce depresivní fáze (ÚZIS ČR 2018).

3.1.2 Klasifikace a diagnostika deprese dle DSM

Manuál DSM je publikován Americkou psychiatrickou společností, slouží však jako určité psychiatrické doplnění a zpřesnění i pro jiné klasifikace. Podle současných kritérií páté edice DSM je deprese diagnostikována na základě hlavních a vedlejších příznaků a minimální doby, po kterou pacienta dané příznaky sužují (American Psychiatric Association 2013).

Pro diagnostiku depresivní fáze (Major depressive episode) musí být po dobu dvou týdnů přítomen alespoň jeden z jejích hlavních příznaků, kam patří depresivní nálada a anhedonie neboli neschopnost vnímat potěšení (Hartl a Hartlová 1994). K tomu navíc čtyři a více příznaků vedlejších, mezi které se pak řadí změna chuti k jídlu nebo výkyvy váhy, problémy se spánkem, psychomotorická agitovanost či retardace, únava nebo ztráta energie, snížená schopnost přemýšlet nebo se soustředit, pocit bezvýznamnosti nebo viny a myšlenky na sebevraždu. Pokud přítomné příznaky nesplňují kritéria *depresivní fáze* definuje i tento manuál lehčí formy deprese a poruch nálad (American Psychiatric Association 2013).

Výchozí pro analytickou část práce je ale edice dřívější – DSM-IV, která se od nejnovější verze, co se týče určení depresivní fáze liší minimálně. Na základě této edice je diagnostikována depresivní fáze, pokud je opět po dobu dvou týdnů přítomen alespoň jeden ze dvou klíčových příznaků deprese, mezi kterými jsou zahrnuty: depresivní nálada a ztráta zájmů nebo potěšení. Dále je nutná přítomnost alespoň pěti či více příznaků ze skupiny devíti příznaků deprese shodnými s těmi v současné edici DSM, od pokleslé, depresivní nálady až po sebevražedné myšlenky (BehaveNet nedatováno). K těmto kritériím se dále vztahuje analytická část práce, a proto na tomto místě nejsou již více rozepsány.

Pro tuto práci jsou kritéria DSM podstatná z toho důvodu, že z nich vychází zdravotní osobní dotazník PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), který využívá i WHO v rámci šetření EHIS sloužící jako východisko analytické části práce.

Dotazník PHQ-9 je součástí třístránkového sebehodnotícího Zdravotního dotazníku (PHQ) a skládá se ze všech devíti kritérií deprese stanovených v manuálu DSM-IV. Jedná se o modifikaci posuzovacího nástroje běžných psychických onemocnění v primární péči PRIME-MD. Cílem tohoto nástroje však není rozpoznat depresi jako takovou, ale posoudit její závažnost, popřípadě reakci pacienta na léčbu tohoto onemocnění (Kroenke aj. 2010).

Často proto v praxi dotazníku PHQ-9 předchází jeho zkrácená verze – dotazník PHQ-2, který zjišťuje výskyt dvou, dle DSM-IV klíčových příznaků deprese – pocitování depresivní nálady a ztráta zájmů a potěšení. Respondent zodpovídá, jak často dané příznaky během posledních dvou týdnů pociťoval a na základě jeho odpovědí je diagnostikován výskyt deprese (Kroenke aj. 2003).

Dotazník PHQ-9 pak mimo těchto dvou hlavních příznaků deprese využívá další kritéria příznaků deprese stanovených DSM-IV, podle četnosti jejich výskytu v posledních dvou týdnech pak určuje závažnost deprese (Kroenke aj. 2001).

3.2 Sebehodnocení deprese: nástroje

Tato podkapitola volně navazuje na část 3.1.2 a zejména na dotazník PHQ-9, což je pouze jeden ze způsobů, jak měřit depresi a její závažnost. Do kategorie nástrojů, kdy sám pacient uvádí depresivní příznaky, patří také např. Beckova sebe-posuzovací škála pro dospělé (BDI-II), která posuzuje výskyt a závažnost deprese u jedinců od 13 do 80 let zachycující kognitivní, afektivní, motivační a fyziologické symptomy deprese na čtyřbodové škále (0-3), přičemž vychází z kritérií manuálu DSM (Smarr a Keefe 2011). Podle Ptáčka aj. (2016) splňuje i český překlad této škály potřebnou vnitřní reliabilitu a validitu, tudíž se jedná o spolehlivý nástroj pro sebesouzení deprese v českém prostředí.

Dalším nástrojem využívaným pro sebehodnocení příznaků deprese je např. dotazník CES-D (Center for Epidemiological Studies – Depression) zjišťující náladu a úroveň fungování v průběhu posledního týdne na základě dvaceti otázek. V neposlední řadě se do této kategorie nástrojů pro sebehodnocení deprese řadí škála hodnocení úzkosti a deprese při hospitalizaci – dotazníkem HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) cílená na populaci pacientů ve věku 16 až 65 let (Smarr a Keefe 2011). Dotazník se skládá ze čtrnácti položek a je rozdělen na dvě části – HADS-d (7 otázek) zjišťující depresi a HADS-a (7 otázek) zaměřenou na úzkost. Každá položka má čtyři možnosti odpovědi na škále 0–3 (Bužgová aj. 2012).

Speciální skupinou, co se týče hodnocení a posuzování příznaků deprese, jsou starší věkové kategorie, u kterých může mít deprese odlišný průběh a nespĺňovat tak klinická kritéria depresivní fáze (Lavretsky a Kumar). Pro tyto případy může být vhodné využít Geriatrickou škálu deprese (GDS) zaměřenou speciálně na sebehodnocení příznaků deprese staršími osobami. Nástroj hodnotí citové i kognitivní oblasti na dvousložkové škále v rámci 15 otázek, nebo je zkrácen o, jinak často zařazované, položky např. ohledně poklesu energie, chuti k jídlu nebo poruchy spánku (Smarr a Keefe 2011).

Do posuzovacích nástrojů deprese v pokročilém věku lze také zařadit dvanácti-položkovou škálu EURO-D, jež byla vytvořena za účelem sjednotit porovnávání příznaků deprese u osob ve věku 65+ let v centrech Evropy. V tomto případě se nejedná primárně o diagnostický nástroj, ale na základě studií může sloužit k posouzení deprese a její závažnosti. Tato škála je založena na dvou faktorech: motivaci a citovém utrpení (Prince aj. 1999).

3.3 Výskyt deprese v Evropě

WHO (2012) uvádí, že každý rok v Evropě trpí depresivní fází (MKN-10 F32) okolo 7 % populace, přičemž se předpokládá, že až polovina případů depresivní fáze zůstává neléčena.

Podle odhadů je depresi a úzkostí zasažena čtvrtina evropské populace a deprese je tak jedním z největších přispěvatelů k duševním problémům napříč Evropou. Důsledky tohoto onemocnění se výrazně projevují i v ekonomické oblasti, kdy se deprese ještě spolu s úzkostí podílejí až na

polovině celkového počtu nemocenských dovolených. Ztráta produktivity i vysoké náklady pro společnost v důsledku onemocnění depresí znamená, že se jedná také o důležitou výzvu pro všechny zdravotnické systémy (WHO 2018a).

I v rámci Evropy dochází k výrazné stigmatizaci deprese a diskriminaci nemocných, což léčbu deprese značně komplikuje. Z těchto důvodů a také např. díky špatné dostupnosti lékařské péče vzniká velký rozdíl mezi jedinci léčenými a těmi, kteří ve skutečnosti léčbu potřebují (WHO 2015).

Problematické rozpoznání deprese je často spojováno se starším věkem osob (Mackenzie aj. 2010). A to, stejně jako trend zvyšování příznaků deprese spolu s věkem, platí i pro výskyt deprese v Evropě. Což se v souvislosti se stárnoucí populací Evropy stává důležitým aktuálním problémem, a nejen proto je potřebná reforma zdravotnických služeb, jejich zkvalitnění, zajištění bezpečnosti, efektivnosti a přiměřených postupů od školených pracovníků (WHO 2015).

Výskyt deprese se napříč evropskými zeměmi liší (Andreas aj. 2017), odvíjí se to od odlišné zdravotní péče ve vztahu k léčbě deprese a rozdílných postojů k duševním onemocněním.

Podle studie Horáčkové aj. (2018) týkající se deprese u osob ve věku 65+ let měřené škálou EURO-D, je nejvyšší výskyt deprese v Jižní Evropě a ve středo-východě Evropy. Nejméně deprese uváděli pak senioři ve Skandinávii. Jedním z vysvětlení těchto odlišností může být podpora starších osob skrze poskytování veřejných i sociálních služeb ekonomicky silnějšími zeměmi.

V tabulce 2 jsou pro přehled zobrazeny podíly osob léčených s depresivní fází (F32) za všechny věkové kategorie k roku 2014 podle kritérií klasifikace MKN-10. Nejnižší hodnotu má Polsko, nejvyšší podíl osob s diagnostikovanou depresivní fází je pak v Lotyšsku.

Tab. 2 – Podíly osob trpících depresivní fází (MKN-10 F32) ve vybraných zemích Evropy, rok 2017, %

	Depresivní fáze (MKN-10 F32)		Depresivní fáze (MKN-10 F32)
Bulharsko	2,10	Malta	2,06
Česko	2,22	Německo	2,59
Dánsko	2,01	Norsko	2,55
Estonsko	3,18	Polsko	1,62
Finsko	3,23	Portugalsko	3,20
Francie	3,27	Rakousko	2,00
Chorvatsko	2,47	Rumunsko	1,93
Irsko	2,80	Řecko	3,02
Island	2,02	Slovensko	1,83
Itálie	2,50	Slovinsko	2,56
Kypr	2,01	Španělsko	2,58
Litva	2,73	Švédsko	3,34
Lotyšsko	3,54	Turecko	2,69
Lucembursko	2,39	Velká Británie	2,88
Maďarsko	2,49		

Poznámka: podíly vypočteny ze všech osob ve vybraných zemích Evropy

Zdroj dat: Institute for Health Metrics and Evaluation 2019

Kapitola 4

Determinanty duševního zdraví

Úroveň duševního zdraví je po celý život podmiňována různými sociálními, psychologickými a biologickými faktory. Mezi rozpoznaná rizika duševního zdraví patří např. násilí nebo přetrvávající socioekonomické potíže. Je prokázána souvislost mezi horším duševním zdravím a výraznou sociální změnou, sociální exkluzí, náročnými pracovními podmínkami, pohlavní nerovností, nevhodným životním stylem, špatným fyzickým zdravím a porušováním lidských práv. Nemělo by se také zapomínat na specifické psychologické a osobnostní faktory činící jedince náchylnějším k duševním problémům (WHO 2018a).

V rámci determinantů duševního zdraví je opět důležité zahrnout nejen individuální atributy, jakými jsou např. schopnosti řídit své emoce, myšlenky, chování nebo interagovat s ostatními, ale také např. národní politiku, sociální podporu nebo životní standard, které lze obecně označit jako sociální, kulturní, ekonomické, politické faktory a faktory související s životním prostředím. K duševním problémům pak může přispívat stres, genetika, nesprávná výživa, perinatální infekce a vystavení přírodním rizikům (WHO 2017a).

Ross a Mirowsky (2006) ve vztahu k duševnímu zdraví upozorňují na výrazný vliv vzdělání. Vzdělání do velké míry ovlivňuje zaměstnání, výdělek a příjem, a je tak klíčový pro postavení v třídním systému, což se promítá do duševního stavu jedince (Ross a Mirowsky 1998). Konkrétně, co se týče deprese, hraje podle autorů (Ross a Mirowsky 2006) vzdělání větší roli u žen než u mužů a na základě tohoto tvrzení uvádějí předpoklad, že se se vzrůstajícím počtem vzdělaných žen budou snižovat také mezipohlavní rozdíly deprese.

4.1 Determinanty duševního zdraví a deprese u starších osob

Faktory uvedené výše ovlivňují duševní zdraví jedince v průběhu celého života, ale ve stáří se k nim mohou připojit další stresory jako výrazný pokles funkčních schopností nebo snižování funkčních kapacit všech orgánových soustav. Existuje oboustranný vztah mezi zdravím duševním a fyzickým, což způsobuje, že se tyto roviny navzájem ovlivňují a prolínají – např. kardiovaskulární onemocnění může vést k depresi a naopak (WHO 2018b, WHO 2017b).

Prevalence deprese se obecně liší v závislosti na věku, vyskytuje se napříč všemi věkovými kategoriemi, častá je deprese v dětství i během dospívání nebo u žen v poporodním období, maxima však dosahuje u starších dospělých, kde je pak obecně vyšší u žen než u mužů. Starší jedinci jsou navíc vystaveni určité diskriminaci v podobě fyzického, slovního, psychického, finančního či dokonce i sexuálního zneužití, což se pak projevuje opuštěním či zanedbáním těchto osob a zratnou ztrátou jejich důstojnosti a respektu. Nejen, že tato diskriminace může vést k fyzickým zraněním, ale může výrazně zasáhnout zdraví duševní a zapříčinit tak dlouhodobé psychické potíže, jako je např. úzkost či deprese (WHO 2017b). Předpokládá se, že až třetina jedinců starších 65 let mělo v průběhu roku 2017 duševní problémy (Andreas aj. 2017).

U starších osob se jedná o jednu z nejčastějších duševních poruch (Köhler aj. 2018; Ocampo 2010; Blazer 2003) a mezi hlavní faktory, se kterými se deprese v tomto období pojí, spadají: pohlaví (ženské), somatická onemocnění, kognitivní poruchy a funkční nemohoucnost. Mezi další faktory může být zařazena ztráta úzkých sociálních kontaktů nebo jejich nedostačující množství a roli mohou hrát také problémy s depresí řešené v minulosti (Djernes 2006).

Köhler aj. (2018) zdůrazňují, že deprese vyskytující se u starších osob je podmíněna více faktory současně a zmiňují např. roli genů a prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje. Rizikové faktory pojící se s depresí u starších osob se výrazně liší oproti těm, které deprese determinují v mladším věku, uvádějí Kessler aj (2010). Projevuje se to např. u socioekonomických a sociálních faktorů, kdy ty socioekonomické hrají roli zejména u mladších osob, oproti těm sociálním, jako je množství sociálních kontaktů, rodinný stav nebo kontakt s vnoučaty ovlivňující výskyt deprese u starších dospělých (Bøe aj. 2017).

Zvýšený výskyt deprese může být způsoben zhoršením fyzického zdraví, omezením v oblasti kognitivních dovedností a schopností, celkovým zhoršením kvality života i zvýšenou úrovní úmrtnosti v tomto období (Köhler aj. 2018). K podobným závěrům docházejí také Horáčková aj. (2018), kteří na základě studie na evropské populaci (viz kapitola 2.4) zdůrazňují faktor funkčního stavu, kognitivních funkcí a tělesného zdraví celkově a staví jej před faktory sociální.

Prevalence se liší také podle místa, kde starší osoby tráví čas – pokud se jedná o osoby hospitalizované nebo žijící v domě s pečovatelskou službou, výskyt deprese je u nich pozorován častěji (Blazer 2003).

Kapitola 5

Metodika a výchozí data

Následující kapitola je věnována základnímu popisu dat i konkrétnímu šetření, ze kterého jsou výchozí data převzata a ze kterých vychází následující analýza. Představen je dotazník, který byl pro sběr těchto dat použit a součástí kapitoly je také popis metod využitých při vlastním zpracování dat.

5.1 Šetření o zdraví EHIS 2014: mentální zdraví

Východiskem analytické části práce jsou data z poslední vlny šetření o zdraví EHIS 2014. Toto šetření je organizováno EUROSTATem na základě jednotné metodiky ve všech členských zemích EU v pěti až šestiletých intervalech (EUROSTAT 2019). Příští, v pořadí již třetí, vlna šetření se uskuteční v průběhu tohoto roku (2019) a její výsledky budou k dispozici pravděpodobně koncem roku následujícího (ČSÚ 2019).

V rámci šetření EHIS jsou obsaženy moduly týkající se tří oblastí veřejného zdraví: zdravotního stavu, zdravotní péče a determinantů zdraví, navíc doplněny demografickými, geografickými a socioekonomickými charakteristikami respondentů nebo jejich rodin. Stejně jako již zmiňovaná otázka na subjektivní zdraví, je zjišťování výskytu příznaků deprese součástí modulu zdravotního stavu, kde se nachází samostatně v kategorii duševního zdraví (European Commission 2013).

Jako posuzovací nástroj příznaků deprese slouží dotazník PHQ-8 skládající se z osmi položek, které jsou součástí původně devíti-položkového dotazníku (PHQ-9) sestaveného na základě kritérií deprese dle manuálu DSM-IV (American Psychiatric Association 2013).

5.1.1 Dotazník PHQ-8

Dotazník PHQ-8 je modifikací posuzovacího nástroje běžně využívaného pro potřeby klinické medicíny při zjišťování závažnosti deprese či účinnosti její léčby (viz kapitola 2.1.2) (European Commission 2013). Původní verze použitého dotazníku obsahuje položek devět, avšak poslední – týkající se sebevražedných myšlenek – byla v tomto případě vynechána, aby nedošlo k rozrušení respondenta.

Jak je přeložena otázka zjišťující příznaky deprese v české verzi Zdravotního dotazníku – 9 (PHQ-9), je pro přehlednost, společně s přesným zněním jednotlivých výroků, zobrazeno v následující tabulce č. 3. Z důvodu vynechání poslední položky pro účely šetření EHIS 2014, není ani v této tabulce devátá položka zahrnuta. Původní znění celé verze českého dotazníku PHQ-9 je součástí přílohy.

Tab. 3 – Znění české verze dotazníku PHQ-8

Jak často Vás trápil některý z uvedených problémů v posledních 2 týdnech?
1. Malý zájem nebo potěšení z věcí, které děláte
2. Pocit, že jste na dně, pocit deprese nebo beznaděje
3. Potíže s usínáním, přerušovaným spánkem nebo s přílišným spaním
4. Pocit únavy nebo málo energie
5. Malá chuť k jídlu nebo přejídání
6. Měl/a jste ze sebe špatný pocit – že se Vám život nedařil nebo že jste zklamal/a sám/sama sebe nebo svou rodinu
7. Potíže se soustředěním, např. na čtení novin nebo sledování televize
8. Pohyboval/a jste se nebo mluvil/a tak pomalu, že si toho druzí mohli povšimnout? Nebo naopak – byl/a jste tak nepokojný/á a neklidný/á, že jste se pohyboval/a mnohem víc než obvykle

Zdroj: Spitzer aj. nedatováno, vlastní úprava

Respondent má k dispozici čtyřbodovou škálu (viz tab. 4), která zjišťuje, zda a popřípadě jak často jej trápily v posledních dvou týdnech výše jmenované obtíže. Stejně možnosti skórování jako na příkladu první otázky (viz tab. 4) platí pro všech osm tvrzení z tabulky 3. Pokud je respondentem zvolena možnost 1 až 3, je položka započtena do příznaků deprese.

Tab. 4 – Příklad způsobu skórování u české verze dotazníku PHQ-8

Jak často Vás trápil některý z uvedených problémů v posledních 2 týdnech?	Vůbec Ne	Několik dní	Více než polovinu dní	Téměř každý den
1. Malý zájem nebo potěšení z věcí, které děláte	0	1	2	3

Zdroj: Spitzer aj. nedatováno, vlastní úprava

Podle množství příznaků deprese uvedených respondentem, jsou data zpracována do tří kategorií, a to jako *Příznaky depresivní fáze*, *Jiné příznaky deprese* a *Příznaky deprese celkem*. Pokud je z daných příznaků u respondenta přítomen alespoň jeden z prvních dvou (1. a 2. tvrzení v tabulce č. 2) a dalších pět a více ze všech položek, tak se jedná o *příznaky depresivní fáze*. Pro *jiné příznaky deprese* je opět podmínkou přítomnost první či druhé obtíže uvedené v dotazníku PHQ-8 a dvě, tři nebo čtyři položky z dotazníku celého (1. až 8. tvrzení). *Příznaky deprese celkem* jsou pak spojením obou předešlých kategorií dohromady.

Podle toho, jak často se dané příznaky u respondenta vyskytují, je pak sečten výsledný skóre, který udává, zda se jedná o depresivní příznaky mírné, středně mírné, žádné či minimální, středně těžké nebo těžké (European Commission 2013).

5.1.2 Vybrané státy

Otázka zjišťující depresivní příznaky deprese byla položena reprezentativnímu vzorku populace starší 15let v téměř všech 28 členských zemích EU k roku 2014. Data však chybí za země Belgie a Nizozemsko, které se na základě získané výjimky této části šetření neúčastnily. Zbývající země jsou navíc doplněny o nečlenské země EU – o Norsko, Turecko a Island (European Commission 2013).

5.1.3 Vybrané determinanty deprese

Procentuální zastoupení populace s výskytem příznaků deprese ve třech, již výše zmíněných, kategoriích je pro všech 29 zemí tříděno podle věkových kategorií, pohlaví, příjmových skupin, úrovně dosaženého vzdělání a míry urbanizace. Tato data jsou přístupná z databáze na webových stránkách EUROSTATU v sekci *Health*, která je součástí kategorie *Population and social conditions* (EUROSTAT nedatováno).

Věkové kategorie jsou zpravidla za desetileté intervaly, počínaje věkem 15 let a končící otevřeným intervalem 75+ let, k dispozici je také interval 65+ let. Údaje jsou ke stažení také zvlášť za muže a ženy.

V rámci věkových kategorií a pohlaví jsou podíly tříděny i podle úrovně vzdělání na základě mezinárodní standardní klasifikace vzdělání (International Standard Classification of Education – ISCED) z roku 2011. Všechny osm základních úrovní vzdělávání je v tomto případě obsaženo ve třech kategoriích, kdy první obsahuje vzdělávání v raném dětství, primární vzdělávání a nižší sekundární vzdělávání (úroveň ISCED 0,1,2). Druhá kategorie obsahuje úroveň vyššího sekundárního vzdělávání a postsekundární terciární vzdělávání (ISCED 3 a 4) a třetí kategorie zahrnuje zbylé úrovně terciárního vzdělávání (tj ISCED 5,6,7,8) (ČSÚ nedatováno).

Dalším determinantem, podle kterého jsou současné příznaky deprese za jednotlivé země k dispozici, je příjem. Ten je kategorizován na základě příjmových kvintilů, tudíž obsahuje pět kategorií. Posledním kritériem, na základě kterého jsou data členěna, je míra urbanizace, kde jsou rozlišena velké města (cities), menší města se suburbii (towns and suburbs) a venkovské oblasti (rural areas). Avšak z důvodu nejednotných kritérií, která se v jednotlivých zemích liší různě stanovenými administrativně-právními požadavky i funkčními hledisky těchto oblastí, není tento determinant využit. Bylo by zapotřebí propracovanější analýzy tohoto faktoru a ve vymezeném rozsahu bakalářské práce mu nelze věnovat potřebnou pozornost.

V databázi je dále také k dispozici třídění podle závažnosti současných příznaků deprese dané výsledným skórem odpovědí, opět za všechny výše zmíněné determinanty. Tato práce se bude nadále věnovat determinantům věku, pohlaví a vzdělání.

5.2 Metodologický postup

Východiskem pro metodologickou část práce je podíl osob, které splňovaly kritéria dané kategorie příznaků deprese (*příznaky depresivní fáze a jiné příznaky deprese*, respektive *příznaky deprese celkem*) v závislosti na vybraných determinantech. Základní popisné statistiky výchozího

souboru jsou vyjádřeny pomocí tabulek a obsahují medián, aritmetický průměr, minimum, maximum a rozptyl za konkrétní kategorie příznaků deprese osob ve věku 15+ let (viz tab. 5 a 6).

Pro zobrazení podílů osob za obě kategorie příznaků deprese zvlášť ve vybraných zemích je použita metoda kartogramu (viz obr. 1 a 2), zpracována v programu ArcGIS 10.6.1. Jednotlivé intervaly jsou stanoveny za pomoci algoritmu „Natural breaks“ a jako mapový podklad jsou použita data z Natural Earth Data (2019).

Dále je analytická část práce zaměřena na vytvoření typologie vybraných evropských zemí podle dvou proměnných příznaků deprese osob ve věku 15+ let. Pro tyto účely je použita shluková analýza. Shluková analýza je nástroj sdružující data do skupin tak, aby si členové dané skupiny byli maximálně podobní a jejich podobnost s ostatními objekty nacházející se mimo tuto skupinu byla minimální (Kučera 2019).

Za využití hierarchické shlukovací metody byly ve statistickém programu IMB SPSS Statistics vytvořeny skupiny zemí na základě dvou vstupujících proměnných – podílu osob s výskytem *příznaků depresivní fáze* a podílu osob s výskytem *jiných příznaků deprese*. Vytvoření dendrogramu (viz obr. 3) předcházela transformace hodnot obou proměnných na z-skóry (standardizované skóry), tak aby průměr byl 0 a směrodatná odchylka 1. Pro hodnocení vzdálenosti mezi skupinami byla zvolena euklidovská vzdálenost a pro seskupování Wardova metoda. Na určené relativní vzdálenosti spojování 5 bylo následně vytvořeno 5 skupin. Ke každé skupině jsou uvedeny podíly osob za obě kategorie příznaků deprese, přičemž je ke každé skupině zvlášť vypočtena průměrná hodnota a směrodatná odchylka (viz tab.8). Tyto skupiny 29 zemí jsou pak zobrazeny korelačním diagramem s rozlišením do skupin (viz obr. 4), který znázorňuje vztah mezi dvěma proměnnými, v prvním případě mezi celkovým podílem osob ve věku 15+ s *příznaky depresivní fáze* a celkovým podílem osob ve věku 15+ s *jinými příznaky deprese*.

Stejným způsobem je využito shlukové analýzy i v hlavní části týkající se příznaků deprese u osob ve věku 65+ let (viz kapitola 6.3). Zde do analýzy vstupují taktéž podíly osob s *příznaky depresivní fáze* a *jinými příznaky deprese*, ale tentokrát v otevřeném intervalu 65+ let. Jelikož se jedná o hlavní část práce, je shluková analýza vytvořena jak za obě pohlaví dohromady (viz obr. 7), tak zvlášť za muže a ženy (viz obr. 9 a 11). Opět jsou země náležící do příslušných výsledných skupin zobrazeny v tabulkách (viz tab. 10, 11 a 12) spolu s podíly osob s příznaky deprese a průměrnými hodnotami a směrodatnými odchylkami z nich vypočtených. I v tuto chvíli jsou skupiny zemí vzniklé na základě daných kategorií příznaků deprese ve všech třech případech zobrazeny a barevně odlišeny pomocí korelačních diagramů – za obě pohlaví dohromady (viz obr. 8) a zvlášť za muže a ženy (viz obr. 10 a 12).

Součástí této části je opět grafické znázornění (viz obr. 5 a 6), kdy je kartogramem vyjádřena odchylka od průměrné hodnoty získané z podílu osob ve věku 65 let a více trpících příznaky deprese, jak v případě kategorie *příznaky depresivní fáze*, tak i pro *jiné příznaky deprese*. Opět jsou zahrnuty hodnoty všech 29 zemí Evropy, které se šetření o zdraví EHIS 2014 účastnily (viz kapitola 5.1.2). Kartogramy s podílem osob ve věku 65 a více s příznaky deprese jsou zpracovány stejně jako tomu je v případě věkové kategorie 15+, tentokrát jsou však součástí přílohy. Při tvorbě všech kartogramů byl opět použit ArcGIS 10.6.1 a intervaly byly stanoveny pomocí algoritmu „Natural breaks“, kdy jako podklad sloužila data z Natural Earth Data (2019).

Mimo pohlaví se tato část práce zabývá také determinantem vzdělání. To je v metodice EHIS 2014 vyjádřeno třemi úrovněmi vzdělání, které slučují celkem osm úrovní vzdělání dle ISCED 2011 (viz kapitola 5.1.3). Vztah mezi těmito třemi úrovněmi vzdělání a podílem ve věku 65+ let s příznaky deprese, je zobrazen celkem ve třech tabulkách (viz tab. 13, 14 a 15) pro obě kategorie příznaků deprese (tj. *příznaky depresivní fáze* a *jiné příznaky deprese*) pomocí podmíněného formátování v aplikaci Excel. V tabulkách jsou mimo jmenované kategorie příznaků deprese obsaženy údaje také zvlášť za muže a ženy.

Kapitola 6

Regionální diference deprese

V rámci této části jsou popsána a analyzována data týkající se příznaků deprese ve vybraných evropských zemích za rok 2014. Tato kapitola postupně zodpovídá tři výzkumné otázky. První dvě typologie zemí jsou vytvořeny s cílem zodpovědět otázku: Jak se liší podíly osob s příznaky deprese ve 29 vybraných evropských zemích v roce 2014, je-li porovnávána věková kategorie 15+ s věkovou kategorií 65+? Další otázka se týká mezipohlavních rozdílů (viz oddíl 6.3.1) a zní: Jaké jsou ve 29 vybraných evropských zemích obecné trendy v uvádění příznaků deprese osobami ve věku 65+ let v roce 2014 na základě determinantu pohlaví? A v závěru je položena poslední, třetí otázka vztahující se k determinantu vzdělání (viz oddíl 6.3.2): Má úroveň vzdělání vliv na pociťování příznaků deprese u osob ve věku 65+ let, popřípadě, jakým způsobem se tento vliv projevuje?

Tato kapitola také verifikuje hypotézy stanovené v úvodu na základě rešerše dostupné literatury.

6.1 Základní charakteristiky výchozího souboru

Pro základní přehled jsou v následující části zpracovány obecné charakteristiky za celý datový soubor, kterého se tato část druhé vlny šetření EHIS týká.

V tabulce č. 5 jsou zobrazeny deskriptivní charakteristiky datového souboru všech 29 zemí, rozdělené do tří jmenovaných kategorií. Příznaky tzv. *depresivní fáze*, kategorie s největším množstvím příznaků deprese, pociťuje v průměru 2,6 % osob ve věku 15 a více let, přičemž mediánová hodnota je mírně nižší (2,4 %). Minimální hodnota dané kategorie je 1,1 % a patří Česku, zatímco nejvyšší podíl (4,4 %) příznaků depresivní fáze má Lucembursko.

V rámci *jiných příznaků deprese* je na tom Česko ve srovnání s první kategorií o jeden procentní bod hůře, ale i tak je na tom z vybraných zemí nejlépe, stejně tak, pokud jde o *příznaky deprese celkem*. U *jiných příznaků deprese* je patrně větší zastoupení příznaků deprese v populaci, průměrně se objevují u 3,6 % souboru. Maximální hodnoty má v této kategorii Maďarsko s 6,8 %, kterému patří i maximum *příznaků deprese celkem*.

Lehčí formy deprese (*jiné příznaky deprese*) jsou tedy ve vybraných zemích zastoupeny častěji a jejich procentuální zastoupení je napříč zeměmi více rozptýleno, než je tomu u *příznaků depresivní fáze*.

Jelikož kategorie *příznaků deprese celkem* vychází z předešlých dvou kategorií příznaků deprese, následující části práce vycházejí pouze z prvních dvou – tedy *příznaků depresivní fáze* a *jiných příznaků deprese*.

Tab. 5 – Střední hodnoty a variabilita ukazatelů příznaků deprese v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 15+, %

	Příznaky depresivní fáze	Jiné příznaky deprese	Příznaky deprese celkem
Průměr	2,6	3,6	6,2
Medián	2,4	3,6	5,8
Minimum	1,1	2,1	3,2
Maximum	4,4	6,8	10,3
Rozptyl	1,0	1,3	3,9

Poznámka: všechny země EU k roku 2014 bez Belgie a Nizozemska; s Tureckem, Norskem a Islandem počítáno z procentuálních podílů osob vykazujících příznaky deprese v uvedených zemích v případě *příznaků deprese celkem* medián, rozptyl, minimum a maximum není součtem předchozích dvou kategorií

Zdroj: EUROSTAT – EHS 2014, vlastní výpočty a zpracování

V tabulce č. 6 jsou již uvedeny údaje za jednotlivé věkové kategorie na základě *příznaků depresivní fáze*. Rostoucí průměrné i mediánové hodnoty naznačují obecné zvyšování výskytu příznaků deprese společně s přibývajícím věkem. Zpočátku je růst pozvolný, od věkové kategorie 35-44 let je nárůst znatelnější a maximální hodnoty jsou v poslední věkové kategorii (65+). Této věkové kategorii patří také nejvyšší hodnota ze všech věkových kategorií, tento nejvyšší podíl (9,9 %) seniorů s výskytem *příznaků depresivní fáze* je v Bulharsku, nejnižší (0,5 %) pak ve Finsku. V této kategorii 65+ je nejvyšší také rozptyl, což může být způsobeno procesem stárnutí, který je značně heterogenní (Blazer 2008) a také tím, že se jedná o otevřený interval, v rámci kterého jsou pak hodnoty více rozptýleny.

Vzhledem k výrazné změně v podílu osob s příznaky depresivní fáze, která obecně nastává s přibývajícím věkem a zejména pak po 65 roce života, je příznakům deprese v rámci věkové skupiny 65+ věnováno více pozornosti v samostatné části této kapitoly.

Tab. 6 – Střední hodnoty a variabilita ukazatele příznaky depresivní fáze v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, %

	15-24	25-34	35-44	45-54	54-64	65+
Průměr	1,9	2,0	2,0	2,6	3,0	3,8
Medián	1,2	1,4	1,7	2,5	2,7	3,1
Minimum	0,0	0,2	0,4	1,0	1,2	0,5
Maximum	5,3	5,6	4,8	5,1	5,9	9,9
Rozptyl	2,7	2,3	1,4	1,5	1,7	4,5

Poznámka: všechny země EU k roku 2014 bez Belgie a Nizozemska, s Tureckem, Norskem a Islandem počítáno z procentuálních podílů osob vykazujících příznaky deprese v uvedených zemích

Zdroj: EUROSTAT – EHS 2014, vlastní výpočty a zpracování

I v případě *jiných příznaků deprese* je pozorovatelný (viz tab. 7) vztah mezi věkem a příznaky deprese. Maximální hodnoty se týkají opět nejstarší věkové kategorie 65+, kde je nejvyšší podíl

starších osob (11,5 %), které uvedly *jiné příznaky deprese* v Maďarsku, minimální podíl seniorské populace s *příznaky depresivní fáze* (1,9 %) má stejně jako v případě kategorie *příznaky depresivní fáze* Finsko. Na rozdíl od kategorie *příznaky depresivní fáze* je hodnota rozptylu nejvyšší u první věkové kategorie, což znamená, že hodnoty jsou nejvíce rozptýleny v této věkové kategorii.

Tab. 7 – Sřední hodnoty a variabilita ukazatele jiné příznaky deprese v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, %

	15-24	25-34	35-44	45-54	54-64	65+
Průměr	3,1	2,8	2,7	3,3	3,9	5,3
Medián	2,6	2,8	2,6	3,0	2,9	4,8
Minimum	0,4	0,7	1,2	1,5	1,2	1,9
Maximum	8,3	5,9	4,7	7,3	10,3	11,5
Rozptyl	4,8	2,0	1,0	1,7	3,9	4,3

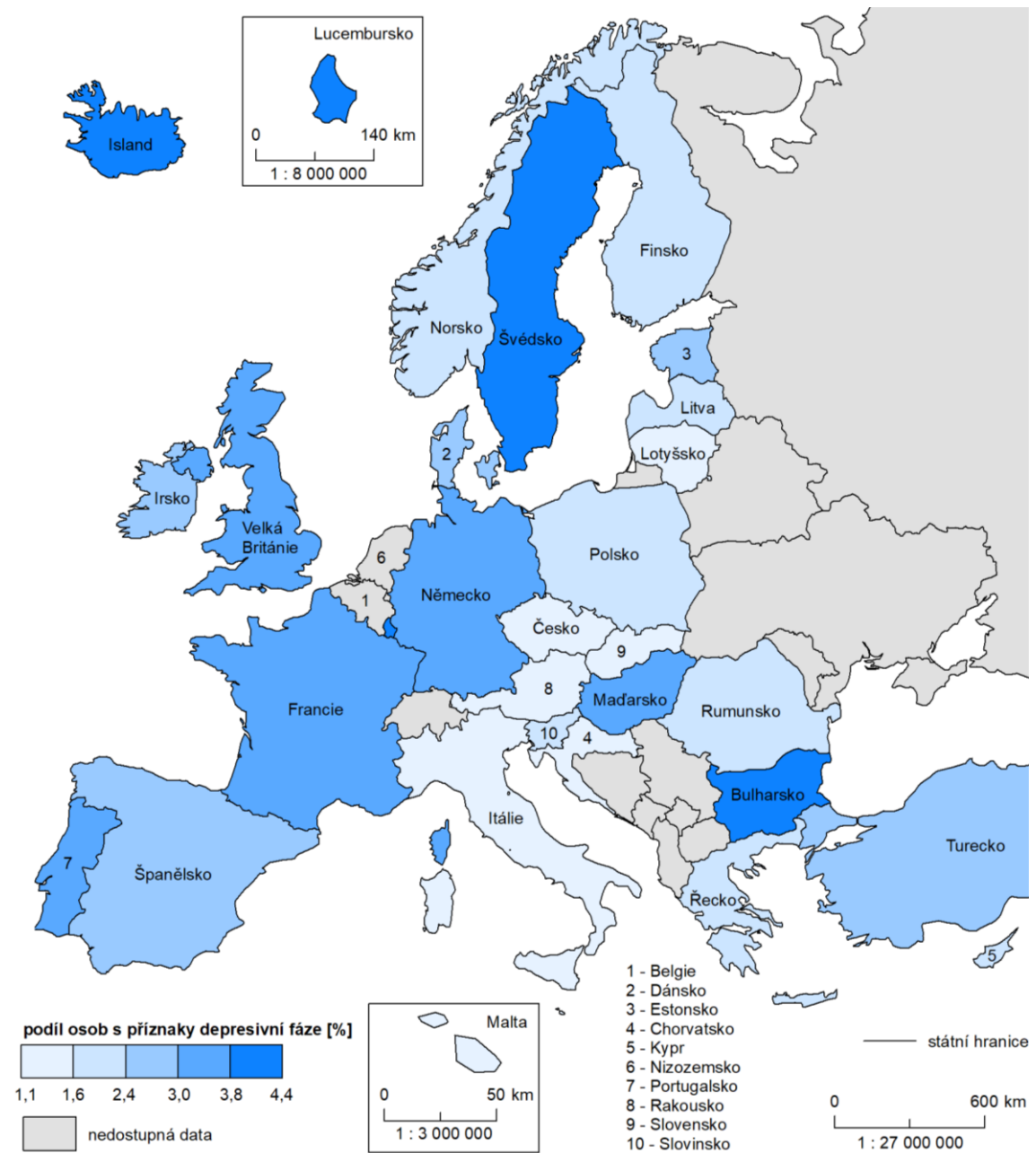
Poznámka: všechny země EU k roku 2014 bez Belgie a Nizozemska, s Tureckem, Norskem a Islandem počítáno z procentuálních podílů osob vykazujících příznaky deprese v uvedených zemích

Zdroj: EUROSTAT – EHS 2014, vlastní výpočty a zpracování

Na obrázku č. 1 je kartogramem zobrazen podíl osob ve věku 15 a více let trpících *příznaky depresivní fáze* v jednotlivých zemích účastnících se této části šetření EHS 2014. Postkomunistické země mají hodnoty obecně nižší než západ Evropy, výjimku tvoří země Maďarsko a Bulharsko. Nízké podíly osob s *příznaky depresivní fáze* se vyskytují na jihu Evropy u Řecka, Kypru, Itálie a na Maltě. Na západ od Česka, je na tom nejlépe Norsko, nejvyšší zastoupení osob s *příznaky depresivní fáze* je v tomto směru ve Švédsku, Lucembursku a na Islandu.

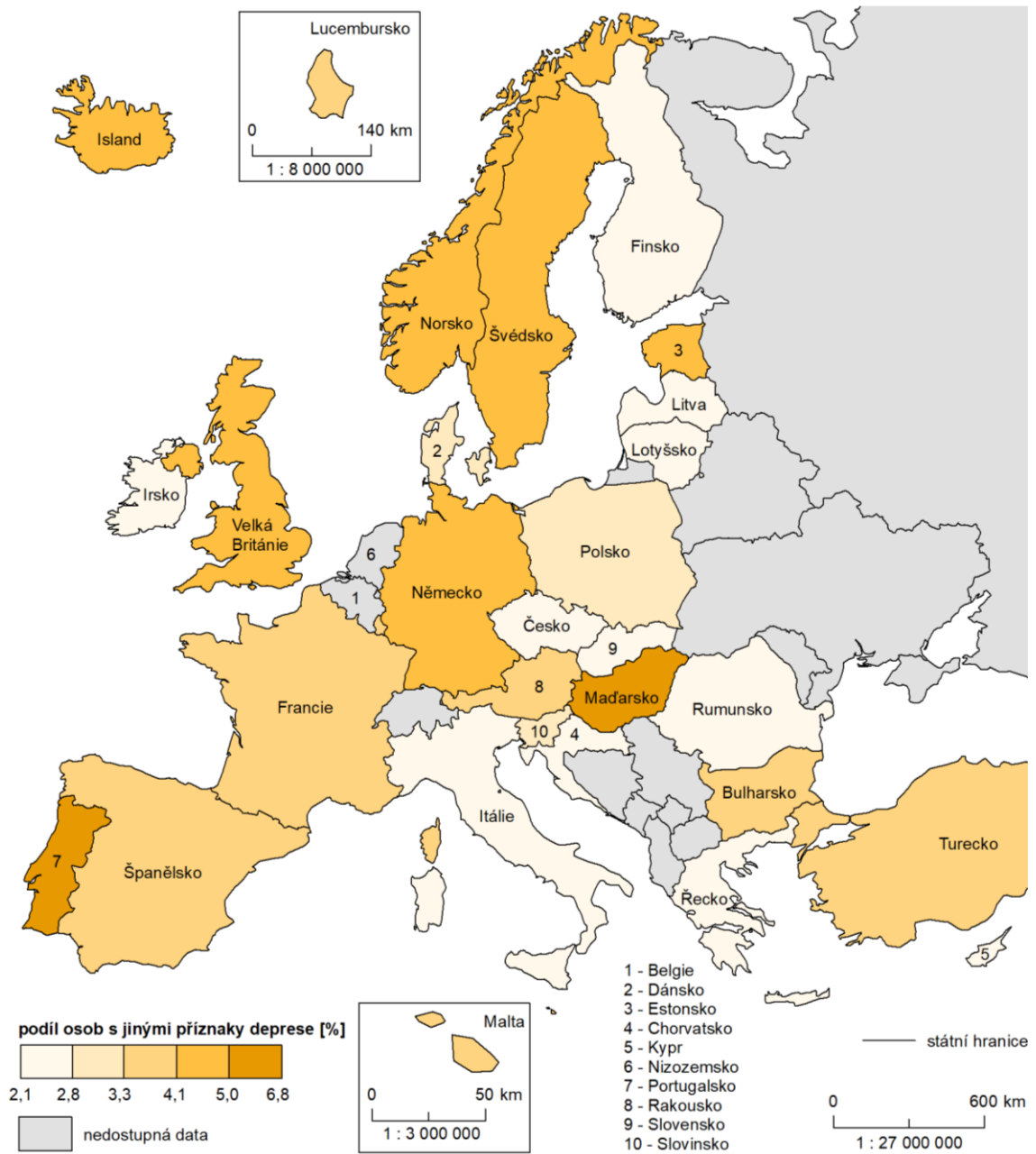
I v případě *jiných příznaků deprese* (viz obr. 2) je obecně nižší výskyt osob s příznaky deprese v postkomunistických zemích oproti západu. V Maďarsku jsou hodnoty na východě nejvyšší, vysoké jsou v tomto případě také v Estonsku. Na jihu Evropy má jedny z nejnižších hodnot opět Kypr a Itálie. Na západ jsou nejvyšší hodnoty v Portugalsku, nejnižší pak v Irsku. Zpravidla je výskyt *jiných příznaků deprese* vyšší oproti *příznakům depresivní fáze*, výjimku tvoří země Bulharsko, Irsko a Lucembursko.

Obr. 1 – Podíl osob s příznaky depresivní fáze v zemích Evropy, rok 2014, věk 15+, %



Zdroje: EUROSTAT – EHIS 2014; Natural Earth 2019, vlastní zpracování

Obr. 2 – Podíl osob s jinými příznaky deprese v zemích Evropy, rok 2014, věk 15+, %



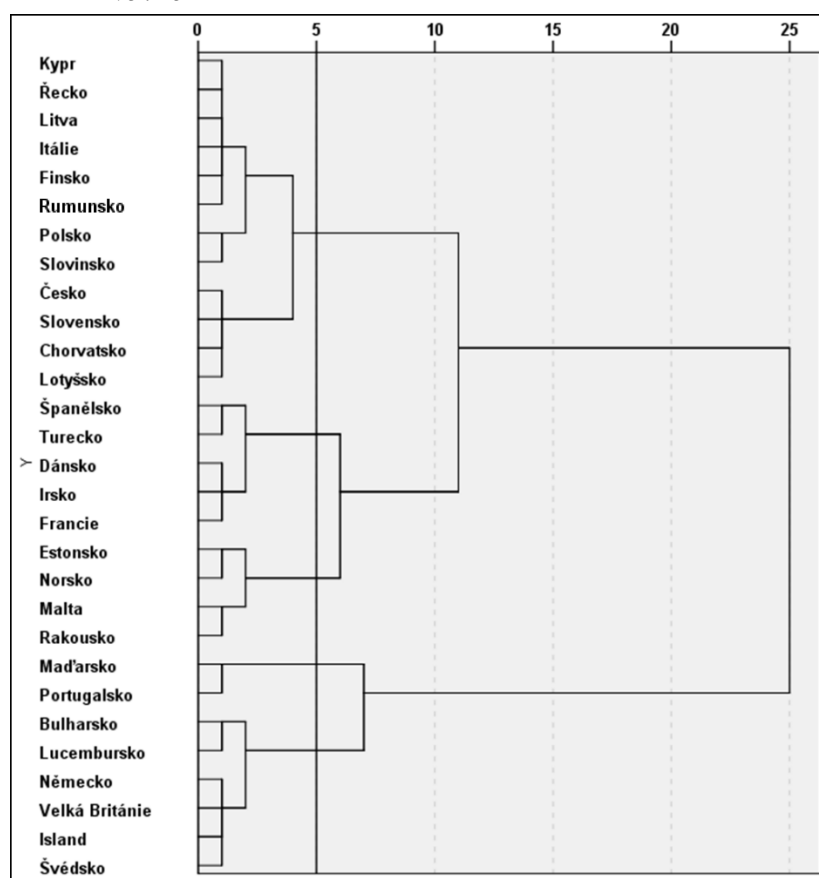
Zdroje: EUROSTAT – EHS 2014; Natural Earth 2019, vlastní zpracování

6.2 Typologie zemí podle příznaků deprese

Jaké země jsou si na základě *příznaků depresivní fáze* a *jiných příznaků deprese* navzájem podobné, je zjišťováno pomocí shlukové analýzy, která jednotlivé země seskupuje na základě podobnosti v rámci těchto dvou kategorií příznaků deprese.

Výsledkem shlukové analýzy, za použití euklidovské vzdálenosti a Wardovy metody, je klasifikace vybraných 29 zemí do pěti skupin. Shluková analýza je zobrazena pomocí dendrogramu (viz obr. 3), ve kterém je černou linkou zvýrazněno, na jaké úrovni jsou země rozděleny do skupin.

Obr. 3 – Shluková analýza příznaků deprese v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 15+



Poznámka: všechny země EU k roku 2014 bez Belgie a Nizozemska, s Tureckem, Norskem a Islandem vstupní proměnné transformované na z-skóry: podíl osob ve věku 15+ s *příznaky depresivní fáze*; podíl osob ve věku 15+ s *jinámi příznaky deprese*, Euklidovská vzdálenost, Wardova metoda

Zdroj: EUROSTAT – EHIS 2014, vlastní zpracování

Jednotlivé skupiny jsou barevně odlišeny v korelačním diagramu (viz obr. 4), kde lze vidět jejich postavení na základě podílů osob v kategoriích *příznaky depresivní fáze* a *jiných příznaků deprese* oproti ostatním vybraným zemím. Jejich konkrétní hodnoty k oběma kategoriím jsou v tabulce č. 8, kdy jsou již země řazeny do výsledných skupin a pro každou skupinu je vypočtena její průměrná hodnota a směrodatná odchylka v dané kategorii příznaků deprese.

Největší skupina je tvořena většinou postkomunistických zemí účastnících se šetření EHIS 2014 (bez Maďarska, Bulharska a Estonska), kde jsou hodnoty obou kategorií příznaků deprese

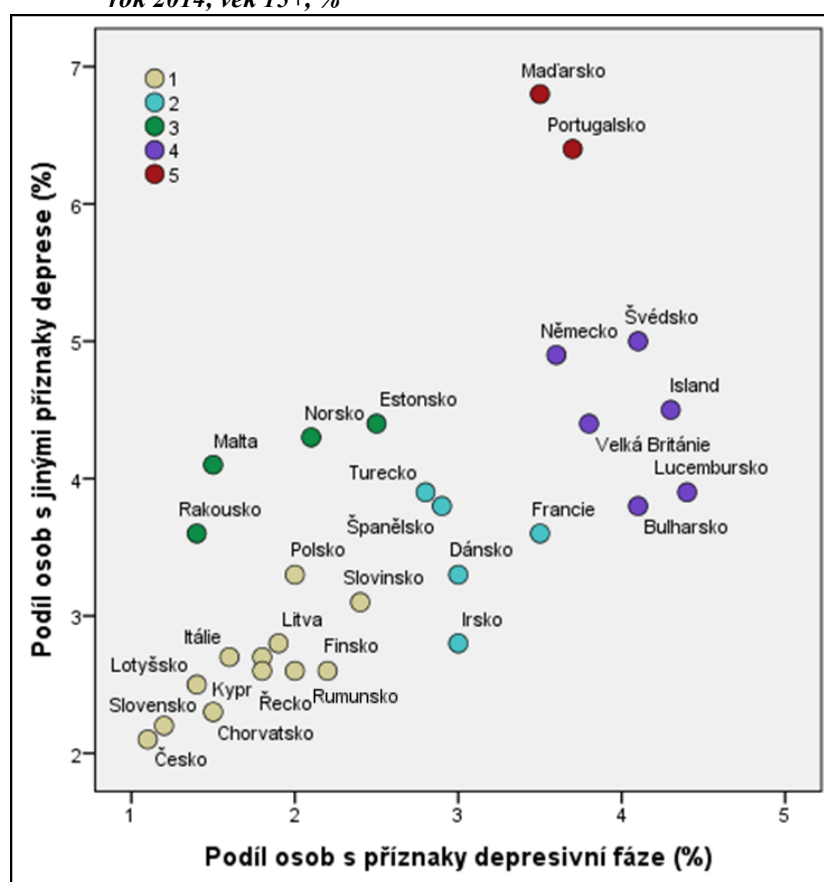
v tomto případě ve srovnání s ostatními nejnižší, výrazně nižší jsou pak zejména v kategorii *jiných příznaků deprese*. K těmto zemím se pak řadí navíc ještě Finsko, Itálie, Kypr a Řecko.

Nižší hodnoty příznaků deprese jsou ve druhé skupině zemí, kde průměrně trpí *příznaky depresivní fáze* 3 % osob ve věku 15+ let a v případě *jiných příznaků deprese* pak 3,5 %. Tyto hodnoty mají zejména země na západ od Česka (Dánsko, Francie, Irsko a Španělsko) a Turecko.

Specificky malé rozdíly mezi kategoriemi příznaků deprese s relativně vysokými podíly osob s *příznaky depresivní fáze* jsou zejména na západě Evropy a ve Švédsku (skupina 4), kde se průměrné hodnoty pohybují v obou případech okolo 4 %.

Maďarsko je v páté skupině spolu s Portugalskem s relativně vysokým podílem osob s *příznaky depresivní fáze* a nejvyššími hodnotami v kategorii *jiných příznaků deprese*, přičemž je v rámci této skupiny také největší rozdíl mezi těmito dvěma kategoriemi.

Obr. 4 – Typologie zemí podle podílů příznaků deprese v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 15+, %



Poznámka: všechny země EU k roku 2014 bez Belgie a Nizozemska, s Tureckem, Norskem a Islandem
 1 – země s nejnižšími *podíly osob s jinými příznaky deprese*
 2 – země s nižšími podíly osob s příznaky deprese
 3 – země s výrazně vyššími podíly osob s *jinými příznaky deprese*
 4 – země s vysokými podíly osob s *příznaky depresivní fáze*
 5 – země s nejvyššími podíly osob s *jinými příznaky deprese*

Zdroj: EUROSTAT – EHIS 2014, vlastní zpracování

Tab. 8 – Skupiny zemí s podílem osob trpících příznaky deprese s průměrem a směrodatnou odchylkou v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 15+, %

		Příznaky depresivní fáze	Jiné příznaky deprese
1 země s nejnižšími podíly osob s jinými příznaky deprese	Česko	1,1	2,1
	Finsko	2,2	2,6
	Chorvatsko	1,5	2,3
	Itálie	1,6	2,7
	Kypr	1,8	2,7
	Litva	1,9	2,8
	Lotyšsko	1,4	2,5
	Polsko	2,0	3,3
	Rumunsko	2,0	2,6
	Řecko	1,8	2,6
	Slovensko	1,2	2,2
	Slovinsko	2,4	3,1
	průměr	1,7	2,6
	směrodatná odchylka	0,4	0,3
2 země s nižšími podíly osob s příznaky deprese	Dánsko	3,0	3,3
	Francie	3,5	3,6
	Irsko	3,0	2,8
	Španělsko	2,9	3,8
	Turecko	2,8	3,9
	průměr	3,0	3,5
	směrodatná odchylka	0,2	0,4
3 země s výrazně vyššími podíly osob s jinými příznaky deprese	Estonsko	2,5	4,4
	Malta	1,5	4,1
	Norsko	2,1	4,3
	Rakousko	1,4	3,6
	průměr	1,9	4,1
	směrodatná odchylka	0,4	0,3
4 země s výrazně vyššími podíly osob s příznaky depresivní fáze	Bulharsko	4,1	3,8
	Island	4,3	4,5
	Lucembursko	4,4	3,9
	Německo	3,6	4,9
	Švédsko	4,1	5,0
	Velká Británie	3,8	4,4
	průměr	4,1	4,4
	směrodatná odchylka	0,3	0,5
5 země s nejvyššími podíly osob s jinými příznaky deprese	Maďarsko	3,5	6,8
	Portugalsko	3,7	6,4
	průměr	3,6	6,6
	směrodatná odchylka	0,1	0,2

Poznámka: skupiny zemí utvořeny na základě podílů osob ve věku 15+ s uvedenými příznaky deprese za použití euklidovské vzdálenosti a Wardovy metody

Zdroj: EUROSTAT – EHS 2014, vlastní výpočty a zpracování

6.3 Analýza příznaků deprese se zaměřením na osoby ve věku 65+ let

V rámci této kapitoly je pozornost zaměřena na osoby ve věkové kategorii 65+. Analýza se týká, jak *příznaků depresivní fáze*, tak *jiných příznaků deprese*, avšak pokud jde o popis těchto kategorií samostatně, větší prostor je věnován *příznakům depresivní fáze*, tedy kategorii s větším množstvím příznaků deprese na základě dotazníku PHQ-8.

Pro přehled jsou opět k dispozici popisné statistiky (viz tab. 9) tentokrát zvlášť za muže a ženy ve věku 65+ let. Součástí tabulky jsou pro srovnání také hodnoty pro obě pohlaví dohromady. Průměrné i mediánové hodnoty jsou v obou kategoriích příznaků depresivní fáze vždy minimálně o dva procentní body vyšší u starších žen než u mužů. Minimální hodnoty (0,5) pro obě pohlaví v případě *příznaků depresivní fáze* byly naměřeny ve Finsku, stejně jako nejnižší podíl žen trpících *jinými příznaky deprese*. V kategorii *jiné příznaky deprese* uvedli nejméně příznaky deprese lucemburští muži. Maximální hodnoty, co se týče *příznaků depresivní fáze* jsou za muže i ženy v Bulharsku, pro druhou kategorii byly nejvyšší podíly osob s příznaky deprese uvedeny v Maďarsku, tam taktéž za obě pohlaví. Ženy jsou v případě obou kategorií uvedených příznaků deprese více heterogenní soubor než mužský, hodnoty u mužů jsou napříč vybranými evropskými zeměmi rozptýleny méně.

Tab. 9 – Střední hodnoty a variabilita ukazatelů příznaků deprese podle pohlaví v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %

	příznaky depresivní fáze			jiné příznaky deprese		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
Průměr	3,8	2,6	4,6	5,3	4,1	6,3
Medián	3,1	2,1	4,0	4,8	3,7	6,0
Minimum	0,5	0,5	0,5	1,9	1,8	1,5
Maximum	9,9	9,4	10,3	11,5	9,6	12,7
Rozptyl	4,5	3,4	6,3	4,3	2,6	6,9

Poznámka: všechny země EU k roku 2014 bez Belgie a Nizozemska, s Tureckem, Norskem a Islandem počítáno z procentuálních podílů osob 65+ vykazujících příznaky deprese v uvedených zemích

Zdroj: EUROSTAT – EHS 2014, vlastní výpočty a zpracování

Navazuje opět grafické znázornění podílů osob ve věku 65+ let podle uvedených příznaků deprese. Mapy zvlášť za *příznaky depresivní fáze* a zvlášť za *jiné příznaky deprese* jsou v tomto případě součástí přílohy.

Jakým způsobem se v Evropě liší příznaky *depresivní fáze* u osob ve věku 65+ je zobrazeno za obě pohlaví dohromady (viz obr. 5) také pomocí odchylek od průměrné hodnoty vypočtené z hodnot vybraných evropských zemí. Rozdílné hodnoty oproti průměrným hodnotám *příznaků depresivní fáze* jsou ve Skandinávii, především v Norsku a Finsku, kde jsou hodnoty výrazněji nižší, než je evropský průměr, k těmto zemím se s nízkými hodnotami řadí také Rakousko. Vyšší hodnoty jsou v porovnání s průměrem v postkomunistických zemích, s výjimkou Česka, Slovenska, Slovinska, Lotyšska a Litvy, kde je podíl osob ve věku 65+ let lehce nižší než průměr vybraných evropských zemí. V porovnání s evropským průměrem jsou vysoké hodnoty také v Turecku.

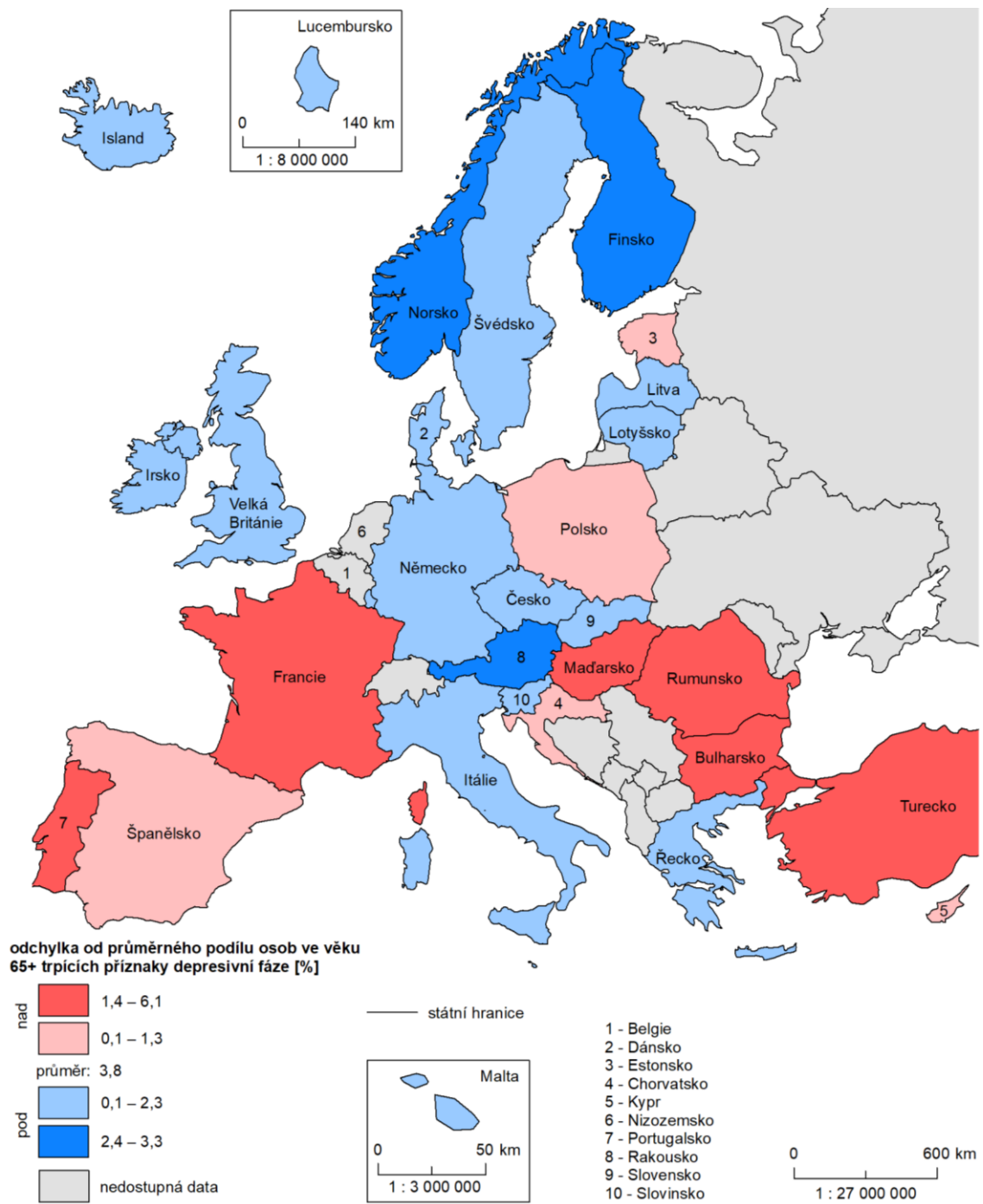
Směrem na západ mají nejvyšší podíl osob s *příznaky depresivní fáze* země Portugalsko a Francie. V případě Francie se však jedná o hraniční hodnotu, tudíž její odchylka od průměru je nižší než u ostatních zemí řadících se do intervalu s vysokými hodnotami. Až na Španělsko jsou pak na západ od Česka hodnoty vždy nižší, než je daný průměr.

Odchylky od průměrné hodnoty získané z podílů osob ve věku 65+ let trpících *jinými příznaky deprese* ve vybraných zemích Evropy jsou zobrazeny kartogramem na obrázku č. 6. Mapy zobrazující odchylky od průměru na základě kategorií příznaků deprese (srov. obr. 5) se od sebe výrazně liší jen minimálně. Tam, kde byly hodnoty vyšší oproti průměru v případě *příznaků depresivní fáze*, jsou nadprůměrné i co se týče *jiných příznaků deprese*. To neplatí pouze pro dvě země – Chorvatsko a Turecko – které mají podíl osob ve věku 65+ let s *jinými příznaky deprese* oproti evropskému průměru nižší, zatímco v případě *příznaků depresivní fáze* mají hodnoty nadprůměrné.

Ke změně odchylek od průměru došlo v tomto případě také u zemí Lotyšska, Malty a Itálie, které se s podílem osob ve věku 65+ trpících *jinými příznaky deprese* posunuly do intervalu s nadprůměrnými hodnotami vzhledem k vybraným zemím Evropy. Naopak Slovinsko je jediné z postkomunistických zemí, kde jsou hodnoty v této kategorii výrazně nižší, než je průměr vybraných zemí.

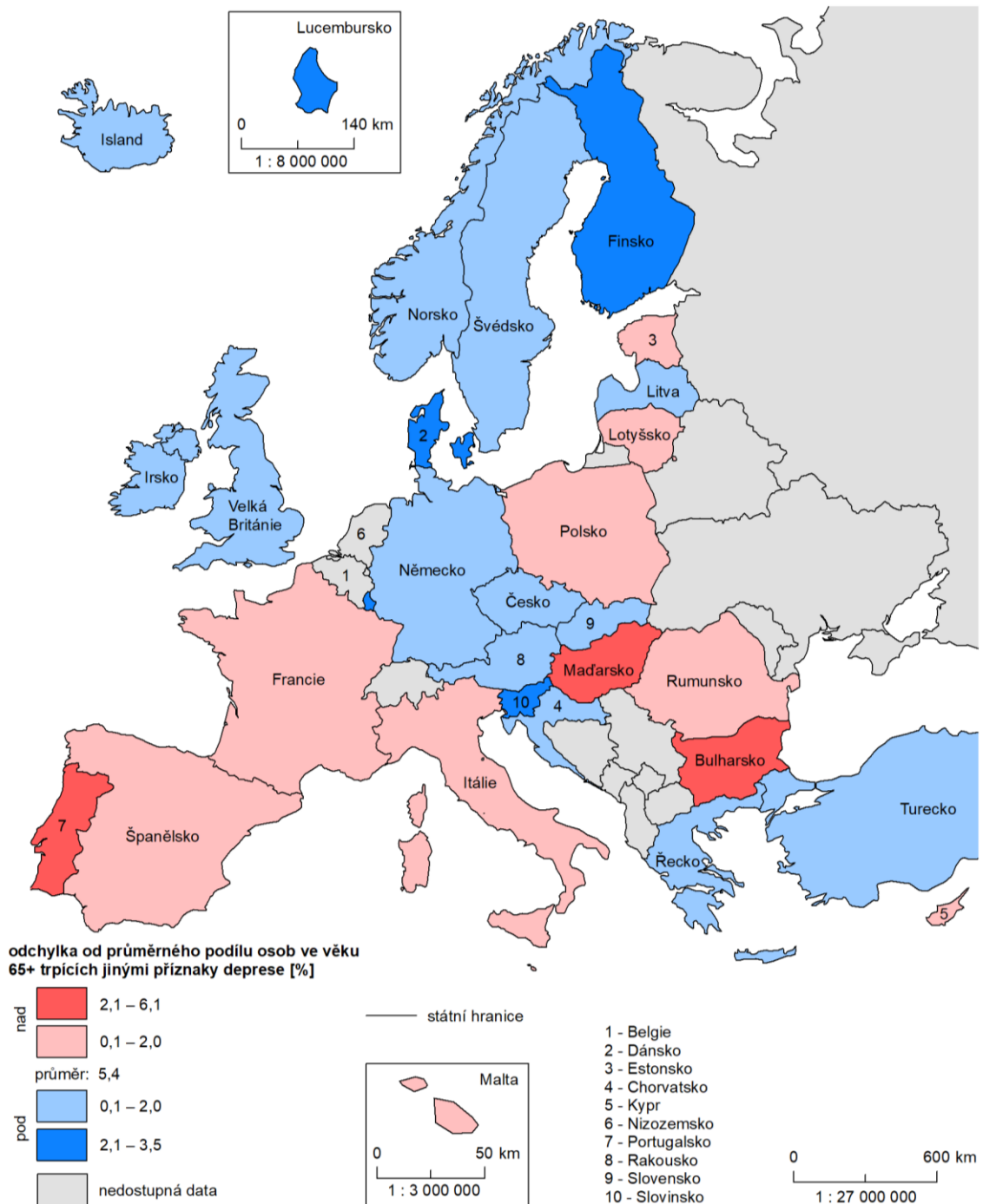
Oproti příznakům deprese u osob ve věku 15+ let se v případě, kdy jde o starší populaci, vyskytují trendy částečně odlišné. Postkomunistické země jsou specifické spíše vyššími hodnotami oproti Evropě, zatímco v rámci věkové kategorie 15+ mají, až na výjimky, jedny z nejnižších hodnot napříč vybranými evropskými zeměmi. Naopak ve Skandinávii i v západních zemích Evropy (např. Lucembursko, Německo nebo Velká Británie) jsou u osob ve věku 65+ let příznaky deprese zaznamenány za obě kategorie méně než v evropském průměru, přičemž v celém intervalu 15+ let takto nízké hodnoty ve srovnání s Evropou tyto oblasti nemají.

Obr. 5 – Odchylka od průměrného podílu osob s příznaky depresivní fáze v zemích Evropy, rok 2014, věk 65+, %



Zdroje: EUROSTAT – EHIS 2014; Natural Earth 2019, vlastní zpracování

Obr. 6 – Odchylka od průměrného podílu osob s jinými příznaky deprese v zemích Evropy, rok 2014, věk 65+, %



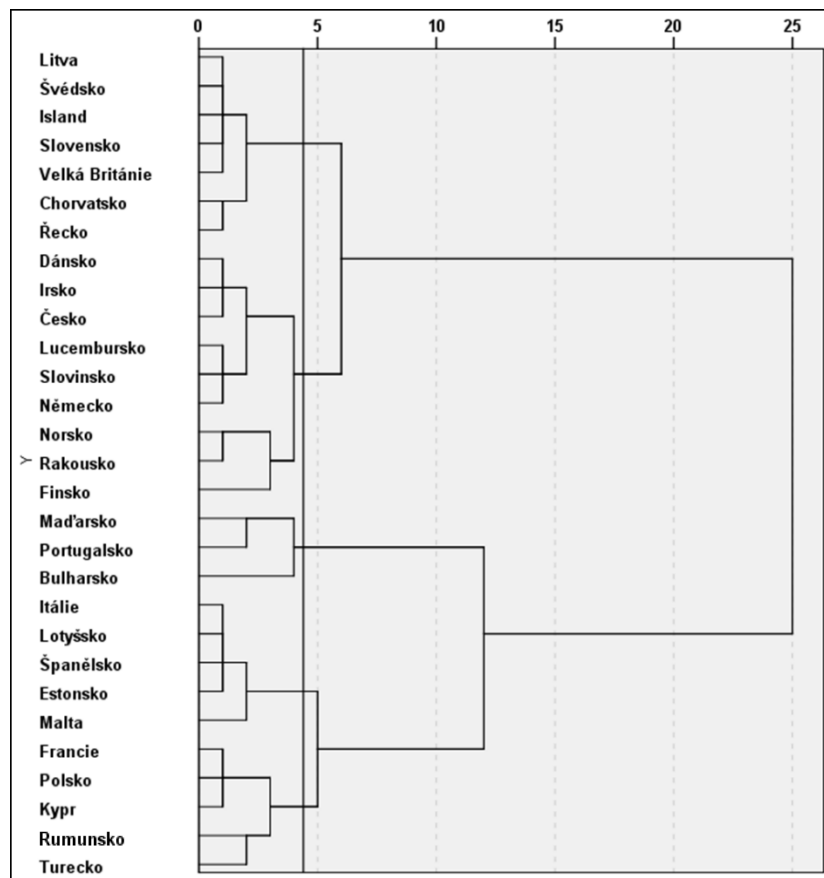
Zdroje: EUROSTAT – EHIS 2014; Natural Earth 2019, vlastní zpracování

6.3.1 Typologie zemí podle příznaků deprese u osob ve věku 65+ let

V návaznosti na typologii zemí podle podílů osob ve věku 15+ let trpících příznaky deprese je shluková analýza využita i v případě věkové kategorie 65+ (viz obr. 7). Je vytvořeno opět pět skupin zahrnujících všech 29 vybraných zemí na základě podílu osob ve věku 65+ let s *příznaky depresivní fáze* a podílu osob ve věku 65+ let s *jinými příznaky deprese*.

Typologie zemí je opět graficky zobrazena korelačním diagramem (obr. 8) dle hodnot patřícím konkrétním zemím v rámci obou kategorií příznaků deprese. Výsledné rozdělení do příslušných skupin zemí navzájem si podobných je také zaznamenáno spolu s procentuálním podílem v tabulce 10, pro každou skupinu je z podílů osob trpících příznaky deprese v rámci obou kategorií vypočtena vždy průměrná hodnota a směrodatná odchylka.

Obr. 7 – Shluková analýza příznaků deprese, v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+



Poznámka: všechny země EU k roku 2014 bez Belgie a Nizozemska, s Tureckem, Norskem a Islandem vstupní proměnné transformované na z-skóry: podíl osob ve věku 65+ s příznaky depresivní fáze; podíl osob ve věku 65+ s jinými příznaky deprese, Euklidovská vzdálenost, Wardova metoda

Zdroj: EUROSTAT – EHIS 2014, vlastní zpracování

Výsledné skupiny zemí (viz tab. 10) jsou oproti typologii zemí na základě příznaků deprese u věkové kategorie 15+ odlišné vyššími hodnotami, jak průměrnými, tak v rámci směrodatných odchylek. To odráží vyšší podíl osob s příznaky deprese vzhledem k vyššímu věku (65+), přičemž jsou hodnoty napříč jednotlivými zeměmi více diferenciovány.

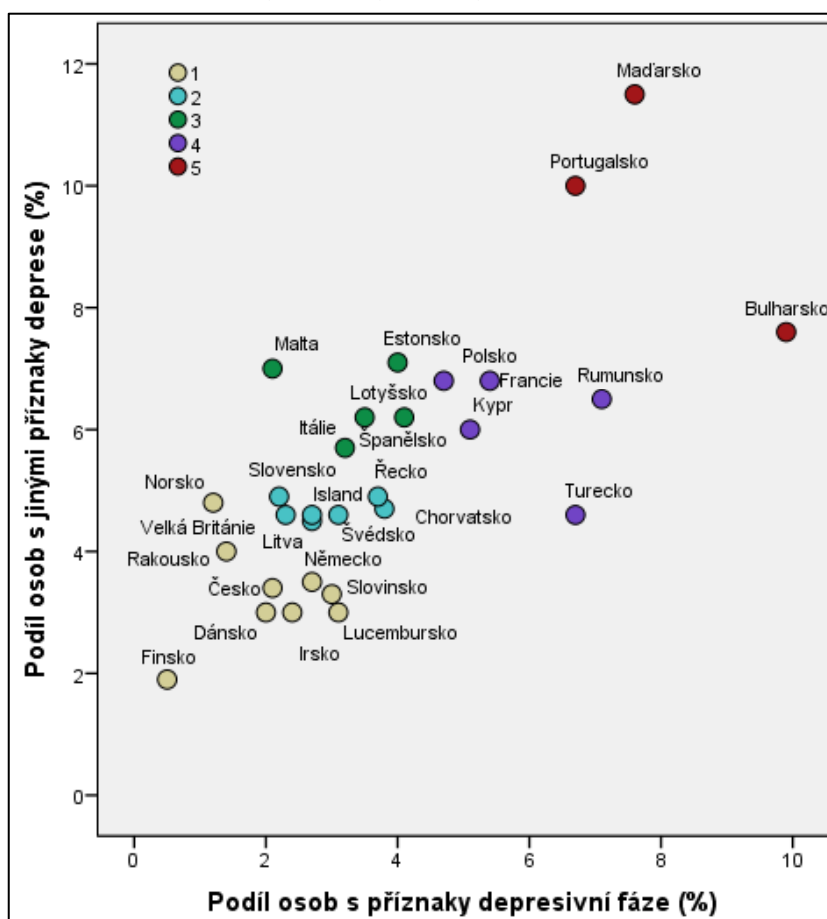
První skupina s nejnižší průměrnou hodnotou v rámci kategorie *jiných příznaků deprese* má opět nejnižší i hodnotu v druhé kategorii příznaků deprese (*příznaky depresivní fáze*) a je z výsledných skupin nejpočetnější. Z postkomunistických zemí, hojně zastoupených ve skupině s nejnižšími příznaky deprese v rámci věkové kategorie 15+, zbylo v případě nízkého výskytu příznaků deprese v rámci kategorie osob ve věku 65+ let jen Česko a Slovinsko. Nízký podíl osob ve věku 65+ trpících příznaky deprese je charakteristický pro Skandinávii, s výjimkou Švédska, které má vyšší podíl osob s *jinými příznaky deprese*. Dále je situace nejpriznivější, co se týče příznaků deprese u osob ve věku 65+ let v Rakousku, Německu, Lucembursku a v Dánsku.

Relativně nízké hodnoty vzhledem k vybraným zemím jsou charakteristické pro druhou skupinu zemí, která seskupuje země navzájem si výrazně podobné podílem osob s *jinými příznaky deprese*. Nejvyšší rozdíly mezi kategoriemi příznaků deprese jsou v průměru ve třetí skupině zemí, kde je relativně nízký průměrný podíl osob (3,4 %) s *příznaky depresivní fáze* a oproti tomu o tři procentní body vyšší průměrná hodnota vycházející z podílů 65letých a starších osob s *jinými příznaky deprese*. Ze zemí v této skupině má výrazně nejvyšší rozdíl mezi kategoriemi příznaků deprese Malta.

Ve čtvrté skupině je kvůli vyššímu podílu osob (5,8 %) v kategorii *příznaků depresivní fáze* nejmenší rozdíl v obou kategoriích příznaků deprese. Platí to např. pro země Rumunsko, Polsko a Kypr, které ve věkové kategorii 15+ patří ke skupině s nejnižšími hodnotami.

Výrazně nejvyšší hodnoty příznaků deprese obsahuje pátá skupina, která je tvořena zeměmi–Bulharskem, Maďarskem a Portugalskem. V rámci této skupiny je nejvyšší i směrodatná odchylka oproti ostatním čtyřem skupinám zemí, vzhledem ke kategoriím příznaků deprese jsou v hodnotách těchto zemí značné rozdíly.

Obr. 8 – Typologie zemí podle podílů příznaků deprese v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %



Poznámka: všechny země EU k roku 2014 bez Belgie a Nizozemska, s Tureckem, Norskem a Islandem
 1 – země s nejnižšími podíly osob s *jinými příznaky deprese*
 2 – země s nižšími podíly osob s *příznaky deprese*
 3 – země s výrazně vyššími podíly osob s *jinými příznaky deprese*
 4 – země s vysokými podíly osob s *příznaky depresivní fáze*
 5 – země s nejvyššími podíly osob s *jinými příznaky deprese*

Zdroj: EUROSTAT – EHIS 2014, vlastní zpracování

Tab. 10 – Skupiny zemí s podílem osob trpících příznaky deprese s průměrem a směrodatnou odchylkou v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %

		Příznaky depresivní fáze	Jiné příznaky deprese
1 země s nejnižšími podíly osob s jinými příznaky deprese	Česko	2,1	3,4
	Dánsko	2,0	3,0
	Finsko	0,5	1,9
	Irsko	2,4	3,0
	Lucembursko	3,1	3,0
	Německo	2,7	3,5
	Norsko	1,2	4,8
	Rakousko	1,4	4,0
	Slovinsko	3,0	3,3
	průměr	2,0	3,3
	směrodatná odchylka	0,8	0,7
2 země s nižšími podíly osob s příznaky deprese	Chorvatsko	3,8	4,7
	Island	3,1	4,6
	Litva	2,7	4,5
	Řecko	3,7	4,9
	Slovensko	2,2	4,9
	Švédsko	2,7	4,6
	Velká Británie	2,3	4,6
	průměr	2,9	4,7
	směrodatná odchylka	0,6	0,2
3 země s výrazně vyššími podíly osob s jinými příznaky deprese	Estonsko	4,0	7,1
	Itálie	3,2	5,7
	Lotyšsko	3,5	6,2
	Malta	2,1	7,0
	Španělsko	4,1	6,2
	průměr	3,4	6,4
	směrodatná odchylka	0,7	0,5
4 země s vysokými podíly osob s příznaky depresivní fáze	Francie	5,4	6,8
	Kypr	5,1	6,0
	Polsko	4,7	6,8
	Rumunsko	7,1	6,5
	Turecko	6,7	4,6
	průměr	5,8	6,1
	směrodatná odchylka	0,9	0,8
5 země s nejvyššími podíly osob s jinými příznaky deprese	Bulharsko	9,9	7,6
	Maďarsko	7,6	11,5
	Portugalsko	6,7	10,0
	průměr	8,1	9,7
	směrodatná odchylka	1,4	1,6

Poznámka: skupiny zemí jsou utvořeny na základě podílů osob ve věku 65+ s uvedenými příznaky deprese za použití euklidovské vzdálenosti a Wardovy metody

Zdroj: EUROSTAT – EHS 2014, vlastní výpočty a zpracování

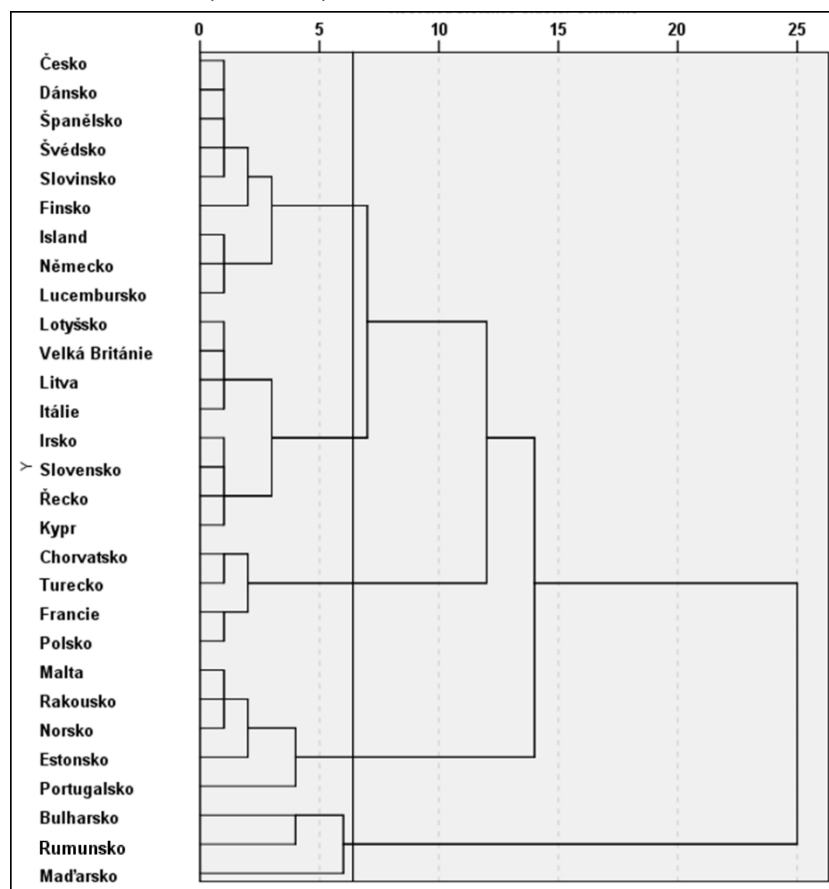
Oproti předešlé typologii zemí je v této, týkající se věkové kategorie 65+, rozmístění zemí odlišné, což dokládá i grafické znázornění výše (viz obr. 5 a 6). Nejvíce zemí je opět ve skupině s nejnižšími podíly osob s příznaky deprese, konkrétní země se ale až na výjimku Česka, Finska a Slovinska liší. Často jde v tomto případě o země postkomunistické, kde došlo ke zvýšení podílů

osob ve věku 65+ trpících příznaky deprese oproti věkové kategorii 15+ a na základě toho k jejich posunu k zemím s vyššími hodnotami. Opačná situace nastává v případě některých západních zemí (např. Německo nebo Lucembursko), které se díky nízkým hodnotám dostali do této skupiny zemí charakteristické nízkými podíly osob v rámci obou kategorií, zejména u *jiných příznaků deprese*.

Země Maďarsko a Portugalsko mající výrazně nejvyšší hodnoty *jiných příznaků deprese* v rámci věkové kategorie 15+, mají v případě věku 65+ současně i jedny z nejvyšších podílů osob s *příznaky depresivní fáze*. V Bulharsku, řadícímu se k těmto zemím s nejvyššími hodnotami v případě věkové kategorie 65+, je v porovnání s Evropou vysoký podíl osob ve věku 15+ let s *příznaky depresivní fáze*, ale relativně nízký pak u *jiných příznaků deprese*, což v tomto případě již neplatí. Znatelný posun je také u Kypru, který má při zahrnutí osob 15+ jedny z nejnižších hodnot, avšak podíl osob 65+ trpících příznaky deprese je v této zemi proti vybraným zemím nadprůměrný.

V následující části je pozornost zaměřena zejména na mezipohlavní rozdíly v uvádění příznaků deprese napříč vybranými zeměmi, s cílem zodpovědět otázku: Jaké jsou obecné trendy v uvádění příznaků deprese na základě determinantu pohlaví ve vybraných evropských zemích k roku 2014? Vstupující proměnné do shlukové analýzy jsou opět dvě, a to podíly mužů ve věku 65+ let trpících *příznaky depresivní fáze* a *jinými příznaky deprese* v prvním případě (viz obr. 9), ve druhém případě (viz obr. 11) podíly žen ve věku 65+ trpících příznaky deprese. Shluková analýza zahrnuje opět 29 zemí, jež jsou na základě procentuálního zastoupení osob v rámci kategorií příznaků deprese umístěny a barevně odlišeny podle výsledných skupin v korelačním diagramu, vždy za muže (viz obr. 10) a ženy (viz obr. 12) zvlášť. Součástí jsou taktéž tabulky (tab. 11 a 12) s konkrétními hodnotami zemí v obou kategoriích příznaků deprese seřazené podle skupin, za které jsou opět vypočteny průměrné hodnoty.

Obr. 9 – Shluková analýza příznaků deprese u mužů, v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+



Poznámka: všechny země EU k roku 2014 bez Belgie a Nizozemska, s Tureckem, Norskem a Islandem vstupní proměnné transformované na z-skóry: podíl mužů ve věku 65+ s příznaky depresivní fáze; podíl mužů ve věku 65+ s jinými příznaky deprese, Euklidovská vzdálenost, Wardova metoda

Zdroj: EUROSTAT – EHIS 2014, vlastní zpracování

U mužů ve věku 65+ let nejsou ve vybraných evropských zemích hodnoty natolik rozptýleny jako v předešlé analýze (viz obr. 7), relativně odlehlá pozorování vzhledem ke zbylým zemím lze ale najít v Bulharsku, Maďarsku a Rumunsku. Tyto země jsou charakteristické podíly osob s příznaky deprese, které se výrazně liší od průměrných hodnot, a to buď v rámci kategorie *příznaků depresivní fáze* jako je tomu v případě Bulharska, nebo v kategorii *jiných příznaků deprese* jako u Maďarska. Průměrně mají muži ve věku 65+ let v této skupině zemí nejvyšší hodnoty v rámci obou kategorií.

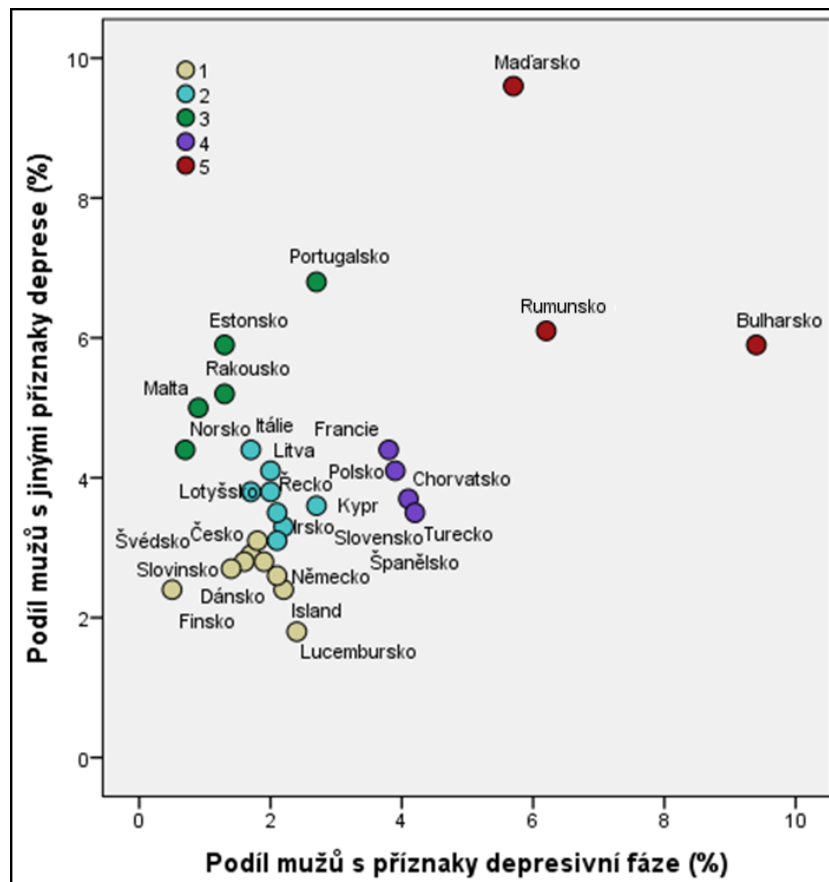
Nejnižší průměrná hodnota, co se týče *jiných příznaků deprese* je v první skupině zemí, která se vyznačuje i nízkými podíly mužů trpících *příznaky depresivní fáze*. Tato skupina zemí je zčásti podobná té v případě shlukové analýzy za obě pohlaví dohromady. Zatímco podobnost příznaků deprese u zemí Rakouska, Norska a Irska je v tomto případě větší s jinými zeměmi, součástí této skupiny je navíc, oproti příznakům deprese u obou pohlaví dohromady, Španělsko, Švédsko a Island.

Druhá skupina zahrnuje osm evropských zemí, kde se s poměrně nízkými hodnotami v rámci obou kategorií nachází např. Slovensko, Řecko, Itálie nebo Irsko. I v této skupině zemí je patrná souvislost s předešlou analýzou zahrnující ženy a muže dohromady.

Úplně nejnižší průměrný podíl mužů s *příznaky depresivní fáze* je ve třetí skupině zemí, která má ale oproti této kategorii příznaků deprese výrazně vyšší (o tři procentní body) podíl mužů s *jinými příznaky deprese*, což je charakteristické např. opět pro Maltu nebo také pro Estonsko.

Vyrovnané hodnoty v rámci obou kategorií jsou opět ve čtvrté skupině, což zapříčiňují relativně vysoké podíly osob s *příznaky depresivní fáze*, které jsou v tomto případě v průměru dokonce o desetinu procentního bodu vyšší (4 %), než je tomu v případě druhé kategorie příznaků deprese. To je způsobeno zejména vyššími hodnotami v první kategorii depresivních příznaků u zemí Turecka a Chorvatska, jenž do této skupiny patří.

Obr. 10 – Typologie zemí podle podílů příznaků deprese u mužů v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %



Poznámka: všechny země EU k roku 2014 bez Belgie a Nizozemska; s Tureckem, Norskem a Islandem

1 – země s nejnižšími *podíly osob s jinými příznaky deprese*

2 – země s nižšími podíly osob s příznaky deprese

3 – země s výrazně vyššími podíly osob s *jinými příznaky deprese*

4 – země s vysokými podíly osob s *příznaky depresivní fáze*

5 – země s nejvyššími podíly osob s *jinými příznaky deprese*

Zdroj: EUROSTAT – EHIS 2014, vlastní zpracování

Tab. 11 – Skupiny zemí podle podílu příznaků deprese u mužů s průměrem a směrodatnou odchylkou v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %

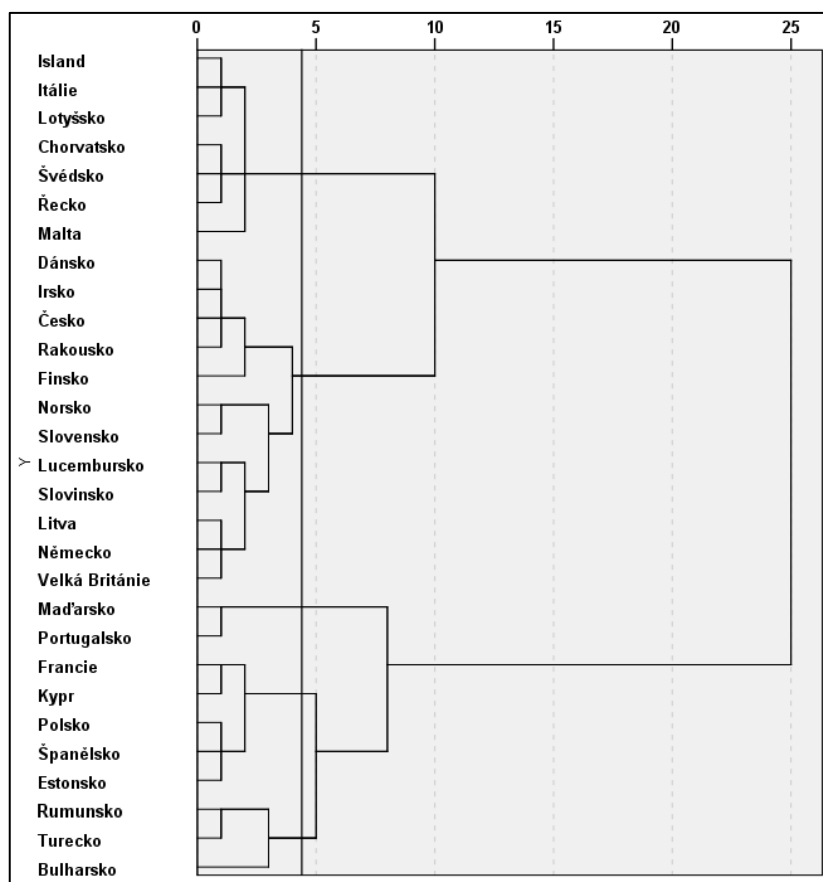
		Příznaky depresivní fáze	Jiné příznaky deprese
1 země s nejnižšími podíly osob s jinými příznaky deprese	Česko	1,7	2,9
	Dánsko	1,6	2,8
	Finsko	0,5	2,4
	Island	2,2	2,4
	Lucembursko	2,4	1,8
	Německo	2,1	2,6
	Slovinsko	1,4	2,7
	Španělsko	1,9	2,8
	Švédsko	1,8	3,1
	průměr	1,7	2,6
	směrodatná odchylka	0,5	0,4
2 země s nižšími podíly osob s příznaky deprese	Irsko	2,2	3,3
	Itálie	1,7	4,4
	Kypr	2,7	3,6
	Litva	2,0	4,1
	Lotyšsko	2,0	3,8
	Řecko	2,1	3,5
	Slovensko	2,1	3,1
	Velká Británie	1,7	3,8
	průměr	2,1	3,7
	směrodatná odchylka	0,3	0,4
3 země s výrazně vyššími podíly osob s jinými příznaky deprese	Estonsko	1,3	5,9
	Malta	0,9	5,0
	Norsko	0,7	4,4
	Portugalsko	2,7	6,8
	Rakousko	1,3	5,2
	průměr	1,4	5,5
	směrodatná odchylka	0,7	0,8
4 země s vysokými podíly osob s příznaky depresivní fáze	Francie	3,8	4,4
	Chorvatsko	4,1	3,7
	Polsko	3,9	4,1
	Turecko	4,2	3,5
	průměr	4,0	3,9
	směrodatná odchylka	0,2	0,3
5 země s nejvyššími podíly osob s jinými příznaky deprese	Bulharsko	9,4	5,9
	Maďarsko	5,7	9,6
	Rumunsko	6,2	6,1
	průměr	7,1	7,2
	směrodatná odchylka	1,6	1,7

Poznámka: skupiny zemí jsou utvořeny na základě podílů mužů ve věku 65+ s uvedenými příznaky deprese za použití euklidovské vzdálenosti a Wardovy metody

Zdroj: EUROSTAT – EHIS 2014, vlastní výpočty a zpracování

Následující shluková analýza (viz obr. 11) bere v potaz oba podíly žen trpících příznaky deprese, přičemž jsou její výsledky zobrazeny stejným způsobem, jako v případě analýz předešlých.

Obr. 11 – Shluková analýza příznaků deprese u žen, v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+



Poznámka: všechny země EU k roku 2014 bez Belgie a Nizozemska, s Tureckem, Norskem a Islandem vstupní proměnné transformované na z-skóry: podíl žen ve věku 65+ s *příznaky depresivní fáze*; podíl žen ve věku 65+ s *jinými příznaky deprese*, Euklidovská vzdálenost, Wardova metoda

Zdroj: EUROSTAT – EHIS 2014, vlastní zpracování

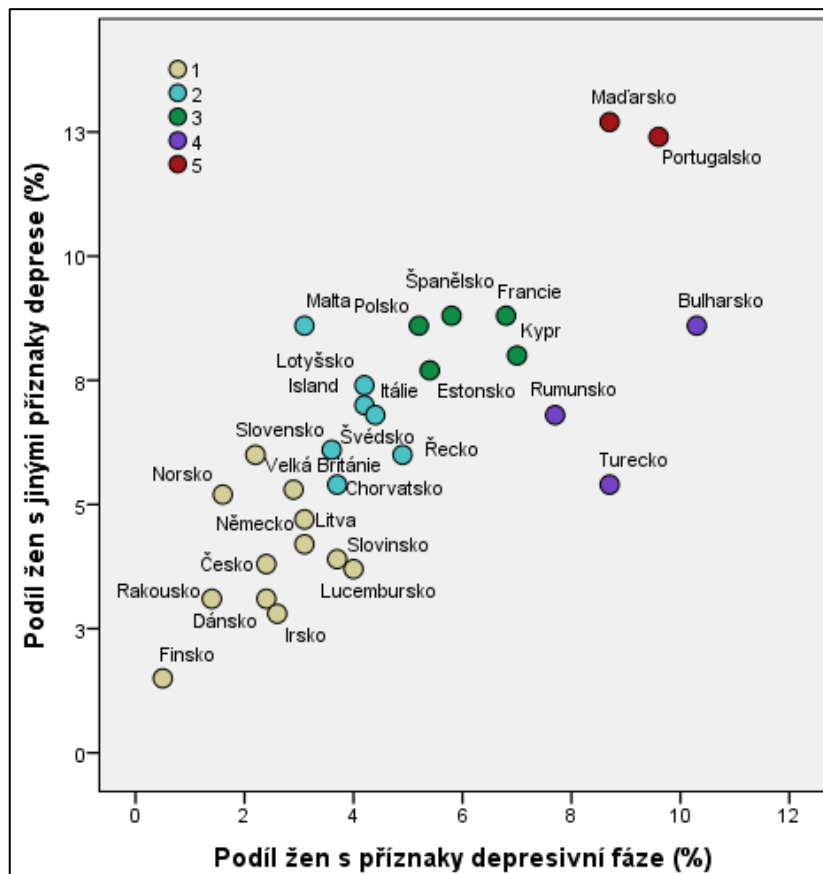
Hodnoty zachycující podíly žen s příznaky deprese jsou více rozptýleny než ty u mužů. Země s výrazně nejnižším podílem osob s příznaky deprese jsou opět v největší skupině, která v případě žen ve věku 65+ let obsahuje téměř polovinu zemí. Jsou to Skandinávské země opět bez Švédska a dále zejména země na západ od Česka, z postkomunistických zemí pak Česko, Slovinsko, Slovensko a Litva.

Zbývající skupiny navzájem si podobných zemí jsou méně početné. S relativně nižšími hodnotami v obou kategoriích navazují na nejpočetnější skupinu země s průměrnými hodnotami 4 % v první kategorii a 6,8 % osob s *jinými příznaky deprese* země ve druhé skupině. Průměrně o dva procentní body vyšší hodnoty jsou pak ve třetí skupině zemí. V rámci těchto skupin (2. a 3.) jsou nejčetněji zastoupeny země z jihu Evropy – Chorvatsko, Itálie, Řecko, Malta, Kypr a Španělsko. Dále také Polsko, Švédsko, Island, Francie a pobaltské státy – Lotyšsko a Estonsko.

Do čtvrté skupiny, kde je výrazně vyšší podíl žen s *příznaky depresivní fáze*, než je jejich podíl v kategorii *jiných příznaků deprese*, patří Bulharsko, Rumunsko a Turecko. Zároveň jsou pro tuto skupinu zemí charakteristické nadprůměrné hodnoty napříč vybranými evropskými zeměmi, avšak vzájemně jsou si hodnoty těchto zemí ve srovnání s ostatními skupiny podobné nejméně.

Výrazně vysoké podíly žen s příznaky deprese mají Maďarsko s Portugalskem tvořící pátou skupinu, a to zejména v kategorii *jiných příznaků deprese*. Na základě obou kategorií příznaků deprese u žen ve věku 65+ let jsou si tyto země z výsledných skupin nejpodobnější.

Obr. 12 – Typologie zemí podle podílů příznaků deprese u žen v zemích EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %



Poznámka: všechny země EU k roku 2014 bez Belgie a Nizozemska; s Tureckem, Norskem a Islandem
 1 – země s nejnižšími podíly osob s jinými příznaky deprese
 2 – země s nižšími podíly osob s příznaky deprese
 3 – země s výrazně vyššími podíly osob s jinými příznaky deprese
 4 – země s vysokými podíly osob s příznaky depresivní fáze
 5 – země s nejvyššími podíly osob s jinými příznaky deprese

Zdroj: EUROSTAT – EHIS 2014, vlastní zpracování

Co se týče porovnání navzájem si podobných zemí na základě příznaků deprese s ohledem na determinant pohlaví, jsou mezi muži a ženami staršími 65 let patrné rozdíly. To se projevuje např. větším rozpětím hodnot vycházejících z podílů žen zažívajících příznaky deprese i v prostorovém rozmístění vybraných zemí na základě příznaků deprese.

Specificky nízké rozdíly mezi muži a ženami jsou v tomto ohledu ve Finsku a Rakousku, kde ženy uvedly *příznaky depresivní fáze* v téměř totožném poměru jako muži a v rámci *jiných příznaků deprese* jsou podíly mužů ve věku 65 trpících příznaky deprese v těchto zemích výrazně vyšší, což je opačný trend než ve většině vybraných evropských zemích.

Při zahrnutí faktoru pohlaví je typické zvýšení hodnot příznaků deprese, pokud jde o ženy. V rámci těchto změn si řada zemí zachovává podobné postavení vzhledem k vybraným evropským zemím, příkladem je Německo, Česko, Lucembursko nebo také Maďarsko.

Výrazné mezipohlavní rozdíly jsou naopak patrné u zemí Portugalska a Turecka, kde mají tyto země, pokud jde o příznaky deprese u žen hodnoty srovnatelné se zeměmi s nejvyššími podíly osob s příznaky deprese. Avšak, pokud jde o muže, k zemím s maximálními hodnotami se Portugalsko ani Turecko neblíží.

Tab. 12 – Skupiny zemí podle podílu žen trpících příznaky deprese s průměrem a směrodatnou odchylkou v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %

		Příznaky depresivní fáze	Jiné příznaky deprese
1 země s nejnižšími podíly osob s jinými příznaky deprese	Česko	2,4	3,8
	Dánsko	2,4	3,1
	Finsko	0,5	1,5
	Irsko	2,6	2,8
	Litva	3,1	4,7
	Lucembursko	3,7	3,9
	Německo	3,1	4,2
	Norsko	1,6	5,2
	Rakousko	1,4	3,1
	Slovensko	2,2	6,0
	Slovinsko	4,0	3,7
	Velká Británie	2,9	5,3
	průměr	2,5	3,9
směrodatná odchylka	0,9	1,2	
2 země s nižšími podíly osob s příznaky deprese	Chorvatsko	3,7	5,4
	Island	4,2	7,0
	Itálie	4,4	6,8
	Lotyšsko	4,2	7,4
	Malta	3,1	8,6
	Řecko	4,9	6,0
	Švédsko	3,6	6,1
	průměr	4,0	6,8
	směrodatná odchylka	0,5	1,0
3 země s výrazně vyššími podíly osob s jinými příznaky deprese	Estonsko	5,4	7,7
	Francie	6,8	8,8
	Kypr	7,0	8,0
	Polsko	5,2	8,6
	Španělsko	5,8	8,8
	průměr	6,0	8,4
	směrodatná odchylka	0,7	0,4
4 země s vysokými podíly osob s příznaky depresivní fáze	Bulharsko	10,3	8,6
	Rumunsko	7,7	6,8
	Turecko	8,7	5,4
	průměr	8,9	6,9
	směrodatná odchylka	1,1	1,3
5 země s nejvyššími podíly osob s jinými příznaky deprese	Maďarsko	8,7	12,7
	Portugalsko	9,6	12,4
	průměr	9,2	12,6
	směrodatná odchylka	0,5	0,1

Poznámka: skupiny zemí jsou utvořeny na základě podílů žen ve věku 65+ s uvedenými příznaky deprese za použití euklidovské vzdálenosti a Wardovy metody

Zdroj: EUROSTAT – EHIS 2014, vlastní výpočty a zpracování

Faktorům ovlivňující výskyt deprese u starších osob v Evropě je věnována pozornost mnoha studií (viz podkapitola 3.3), rozdílné hodnoty napříč zeměmi mohou být dány např. ekonomickou situací a obecným blahobytem země (Horáčková aj. 2018) a s tím souvisejícími lepšími podmínkami pro život seniorů. Důležitá je také bezpochyby vspělost lékařské péče a schopnost rozeznat příznaky deprese od jiných problémů zejména již v primární péči, což vyzdvihují právě u této věkové kategorie Gregg aj. (2013).

Na základě dat z šetření o zdraví EHIS 2014 je prokazatelný vztah mezi pohlavím a příznaky deprese u osob ve věku 65+ let, což značí, že vliv na pociťování příznaků deprese může mít také pohlaví. Průměrná hodnota vypočtena z podílů osob ve věku 65+ uvádějících příznaky deprese je v rámci obou kategorií příznaků deprese u žen minimálně o dva procentuální body vyšší než v případě mužů. Obecný trend vyššího podílu žen s příznaky deprese než podílu mužů, může být vysvětlen více způsoby (viz kapitola 2.4.1.). Jedním z těchto vysvětlení může být vyšší naděje dožití u žen (Damian aj.) nebo také jejich nižší příjem (Aspiazu aj. 2002 cit. v Ocampo 2010). Ve výsledku je ale tento vztah zprostředkován spíše dalšími faktory např. právě socioekonomickými (Ocampo 2010). Jedním z nejzásadnějších socioekonomických faktorů je vzdělání, které pak ve většině případů přímo ovlivňuje výběr zaměstnání nebo budoucí příjem.

6.3.2 Vliv vzdělání na příznaky deprese u osob ve věku 65+ let

Vzdělání je velmi výrazným determinantem duševního zdraví (Ross a Mirowsky 2006, Bjoner aj. 1996). Determinanty zdraví i deprese se ale v průběhu života mění, různé studie (např. Kessler aj. 2010, Bøe aj. 2017) uvádí rozdílné vnímání i socioekonomických faktorů, které jsou s přibývajícím věkem podle nich méně stěžejní. Ve starším věku jsou podstatnější kognitivní schopnosti, funkční stav, společenské kontakty nebo také rodinný stav. Avšak informace o těchto determinantech ve vztahu k příznakům deprese nejsou součástí tohoto šetření o zdraví EHIS 2014. Na základě dostupných dat je tak pro věkovou skupinu 65+ vybrán právě determinant vzdělání a je zjišťováno (viz tab. 13), zda vůbec a případně jakým způsobem tuto věkovou skupinu ovlivňuje v jednotlivých vybraných zemích Evropy.

U *příznaků depresivní fáze i jiných příznaků deprese* v mnoha zemích hodnoty spolu s vyšší úrovní vzdělání klesají (např. Česko, Dánsko nebo Itálie). V kategorii terciárního vzdělávání (5–8) jsou tak obecně hodnoty nejnižší, přičemž vyšší rozdíly jsou zpravidla mezi první kategorií zahrnující vzdělávání v raném dětství, primární vzdělávání a nižší sekundární vzdělávání (úroveň 0–2) a druhou kategorií úroveň vzdělání tvořené vyšším sekundárním vzděláváním a postsekundárním neterciárním vzděláváním (3–4).

Vysoké rozdíly jsou konkrétně mezi jednotlivými úrovněmi vzdělání např. v Maďarsku či v Portugalsku a v rámci kategorie *jiné příznaky deprese* také např. na Maltě. Naopak téměř žádný vliv nemá úroveň vzdělání na pociťování *příznaků depresivní fáze* v Estonsku, kde je procentuální podíl osob s *příznaky depresivní fáze* vyrovnaný ve všech vzdělanostních kategoriích. To už neplatí pro kategorii *jiné příznaky deprese*, kde je v případě Estonska zachován sestupný trend s rostoucí úrovní vzdělání.

Vysoké hodnoty se vyskytují v Bulharsku, v případě *příznaků depresivní fáze* Bulharsku patří hodnoty nejvyšší z celého souboru napříč všemi úrovněmi vzdělání. Nejnižší hodnoty, co se týče obou kategorií, mají starší osoby s nejnižší úrovní vzdělání ve Finsku, které má obecně také

z vybraných zemí nejnižší podíl osob ve věku 65+ let trpící příznaky deprese. Nejnižší podíl osob s příznaky depresivní fáze, co se týče třetí kategorie (5–8) tedy terciárního vzdělání je na Slovensku.

Tab. 13 – Podíl osob s příznaky deprese podle úrovně vzdělání v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, obě pohlaví, %

	příznaky depresivní fáze			jiné příznaky deprese		
	úroveň dosaženého vzdělání dle ISCED 2011					
	0–2	3–4	5–8	0–2	3–4	5–8
Bulharsko	13,1	7,5	7,7	10,4	4,9	6,8
Česko	5,4	1,4	0,8	5,7	2,9	2,3
Dánsko	2,8	1,8	1,0	4,1	2,9	1,8
Estonsko	4,0	4,1	4,0	11,9	4,7	3,3
Finsko	0,3	1,0	0,2	2,1	1,2	2,3
Francie	7,4	3,0	2,9	9,2	3,9	3,1
Chorvatsko	4,0	4,4	1,6	7,4	2,8	2,7
Irsko	3,4	1,1	1,2	3,3	3,2	1,9
Island	5,0	2,4	0,0	5,6	3,8	4,1
Itálie	3,8	1,6	0,4	6,4	3,6	2,9
Kypr	6,9	1,3	2,7	7,6	3,3	3,1
Litva	3,1	2,7	2,2	4,0	4,7	4,8
Lotyšsko	5,3	2,5	1,4	8,1	4,3	6,2
Lucembursko	3,5	3,4	0,0	4,2	1,6	1,6
Maďarsko	12,4	5,4	2,8	15,4	10,0	7,1
Malta	2,4	0,0	0,0	7,3	10,5	1,4
Německo	4,3	2,5	1,2	4,7	3,3	2,3
Norsko	3,0	0,6	0,0	6,3	4,5	2,8
Polsko	6,6	3,4	3,8	7,6	6,2	7,2
Portugalsko	7,3	0,2	2,4	10,8	6,4	1,8
Rakousko	2,9	0,4	0,7	5,4	3,2	3,0
Rumunsko	8,4	4,7	4,4	7,5	5,3	2,2
Řecko	4,2	2,2	1,5	5,5	3,2	3,0
Slovensko	4,6	0,9	2,6	8,6	4,0	0,0
Slovinsko	3,8	2,7	0,4	3,8	3,2	1,6
Španělsko	4,6	2,5	1,2	7,0	3,0	2,7
Švédsko	3,1	2,2	3,1	5,7	4,5	3,1
Turecko	3,9	6,1	3,2	3,1	4,7	0,8
Velká Británie	3,7	1,9	0,8	6,3	4,0	2,7

Poznámka: všechny země EU k roku 2014 bez Belgie a Nizozemska; s Tureckem, Norskem a Islandem maximální podíly vyznačeny červeně; minimální podíly vyznačeny modře úroveň vzdělání dle ISCED 2011

úroveň 0–2 – vzdělávání v raném dětství, primární vzdělávání a nižší sekundární vzdělávání

úroveň 3–4 – vyšší sekundární vzdělávání a postsekundární neterciární vzdělávání

úroveň 5–8 – zbylé úrovně terciárního vzdělávání

Zdroj: EUROSTAT – EHS 2014, vlastní výpočty a zpracování

Tabulka 14 zachycuje podíly *příznaků depresivní fáze* u mužů a u žen zvláště. Vysoké hodnoty, jak u mužů, tak u žen, má v případě *příznaků depresivní fáze* opět Bulharsko, vyšší podíl osob ve věku 65+ let s *příznaky depresivní fáze* je pak u vybraných evropských zemí pouze v druhé vzdělanostní kategorii (3–4) v Turecku a u maďarských žen v první kategorii vzdělání (0–2). Stejně jako za obě pohlaví dohromady, nejnižší hodnoty v rámci první vzdělanostní kategorie má v kategorii *příznaků depresivní fáze* Finsko, a to jak u mužů, tak i u žen.

Současně má Finsko také velmi malé mezipohlavní rozdíly, kdy ženy starší 65 let uváděly, s výjimkou poslední vzdělanostní kategorie *příznaky depresivní fáze* méně než stejně staří muži. Velké mezipohlavní rozdíly podle úrovně vzdělání jsou naopak v Estonsku, kde ženy ve věku 65+ let uvedly *příznaky depresivní fáze* výrazně častěji než muži, a to v rámci všech úrovní vzdělání. Podobně je na tom Portugalsko, kde jsou velké odlišnosti zejména v první vzdělanostní kategorii (úroveň 0–2). Znatelné mezipohlavní rozdíly v pocíťování *příznaků depresivní fáze* u osob ve věku 65+ let jsou zejména v první vzdělanostní kategorii, v druhé a třetí vzdělanostní kategorii mezipohlavní rozdíly spíše klesají.

Velký vliv má podle výsledků šetření EHIS 2014 úroveň vzdělání v Turecku, kdy ženy se vzděláním v rozmezí úrovní 0 až 2 uváděly *příznaky depresivní fáze* výrazně častěji než muži se stejným vzděláním. Již v druhé kategorii vzdělání však tyto příznaky uvedlo o pět procentních bodů méně žen než mužů se stejnou úrovní dosaženého vzdělání a podobně pak také u terciárního vzdělání (úroveň 5–8). Avšak, malý vliv úrovně vzdělání na snižování rozdílného pocíťování *příznaků depresivní fáze* mezi muži a ženami ve věku 65+ let je v Evropě také častý. Příkladem je Francie, kde u obou pohlaví dochází k poklesu hodnot s rostoucí úrovní vzdělání, nedochází však ke sblížení podílů, jako je tomu např. v Německu nebo Estonsku.

U *jiných příznaků deprese* (viz tab. 15) ve vztahu k úrovním vzdělání jsou nejvyšší hodnoty zejména v Maďarsku, u mužů je vyšší podíl pouze u mužů v Rakousku, kde se jedná o hodnotu výrazně vyšší oproti zbylým vzdělanostním kategoriím v této zemi, a to i vzhledem ke všem podílům žen s příznaky deprese. Vysoký podíl osob s příznaky deprese má opět Bulharsko, v tomto případě však hodnoty nedosahují maxima.

U žen je pak nejvyšší hodnota v rámci třetí kategorie vzdělání (5–8) v Polsku. Jedny z nejnižších hodnot má v případě *jiných příznaků deprese* opět Finsko. Na Slovensku v kategorii nejvyššího vzdělání v rámci šetření o zdraví EHIS 2014 nikdo *jiné příznaky deprese* neuvedl.

Tab. 14 – Podíl osob s příznaky depresivní fáze podle úrovně vzdělání a pohlaví v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %

	muži			ženy		
	úroveň dosaženého vzdělání dle ISCED 2011					
	0–2	3–4	5–8	0–2	3–4	5–8
Bulharsko	13,4	5,8	8,3	12,9	8,6	7,1
Česko	4,3	1,5	1,3	5,6	1,3	0,0
Dánsko	2,0	1,5	1,0	3,4	2,1	1,0
Estonsko	0,5	2,4	1,3	5,9	4,8	5,4
Finsko	0,4	1,1	0,0	0,3	0,9	0,3
Francie	5,9	2,0	1,6	8,2	4,2	4,8
Chorvatsko	5,2	4,6	2,3	3,6	4,2	0,6
Irsko	2,8	2,0	0,8	4,1	0,5	1,6
Island	5,3	1,0	0,0	4,9	5,0	0,0
Itálie	2,2	0,7	0,3	5,0	2,5	0,5
Kypr	3,9	1,7	0,7	8,8	0,9	6,9
Litva	1,4	1,9	3,1	3,9	3,0	1,6
Lotyšsko	1,7	2,6	1,2	6,9	2,5	1,4
Lucembursko	5,0	1,8	0,0	2,8	5,4	0,0
Maďarsko	9,4	6,2	1,5	13,4	4,7	4,4
Malta	1,1	0,0	0,0	3,3	-	0,0
Německo	3,2	2,6	1,2	4,7	2,5	1,3
Norsko	2,0	0,4	0,0	3,7	0,7	0,0
Polsko	4,9	3,5	3,8	7,3	3,4	3,9
Portugalsko	3,1	0,0	0,3	10,2	0,5	4,1
Rakousko	4,4	0,6	0,0	2,4	0,2	2,3
Rumunsko	7,9	4,4	3,9	8,6	5,0	5,1
Řecko	2,5	1,7	0,5	5,4	2,7	3,5
Slovensko	3,2	1,2	4,8	4,9	0,6	0,0
Slovinsko	1,8	1,4	0,8	4,6	4,2	0,0
Španělsko	2,1	1,9	0,9	6,3	3,1	1,7
Švédsko	2,2	1,8	1,5	3,7	2,8	4,3
Turecko	2,7	8,0	4,3	5,7	3,0	0,0
Velká Británie	3,2	1,3	0,7	4,0	2,6	1,0

Poznámka: všechny země EU k roku 2014 bez Belgie a Nizozemska; s Tureckem, Norskem a Islandem maximální podíly vyznačeny červeně; minimální podíly vyznačeny modře

Malta – nejsou data pro ženy

úroveň vzdělání dle ISCED 2011

úroveň 0–2 – vzdělávání v raném dětství, primární vzdělávání a nižší sekundární vzdělávání

úroveň 3–4 – vyšší sekundární vzdělávání a postsekundární neterciární vzdělávání

úroveň 5–8 – zbylé úrovně terciárního vzdělávání

Zdroj: EUROSTAT – EHIS 2014, vlastní výpočty a zpracování

Tab. 15 – Podíl osob s jinými příznaky deprese podle úrovně vzdělání a pohlaví v EU, Turecku, Norsku a na Islandu, rok 2014, věk 65+, %

	muži			ženy		
	úroveň dosaženého vzdělání dle ISCED 2011					
	0–2	3–4	5–8	0–2	3–4	5–8
Bulharsko	8,9	3,2	5,3	11,3	6,0	8,1
Česko	6,2	2,4	3,2	5,6	3,3	0,5
Dánsko	4,2	2,8	1,8	4,0	3,0	1,7
Estonsko	9,7	4,0	2,7	13,0	5,1	3,6
Finsko	3,4	1,0	2,5	1,0	1,4	2,1
Francie	6,1	3,2	2,6	11,1	4,7	3,9
Chorvatsko	5,4	4,3	1,3	8,0	1,3	4,5
Irsko	3,3	5,1	1,6	3,4	1,8	2,2
Island	0,8	3,3	3,2	8,5	4,7	5,4
Itálie	4,9	3,8	1,9	7,6	3,4	4,4
Kypr	4,3	3,2	2,2	9,7	3,4	4,8
Litva	3,9	5,3	2,4	4,1	4,5	6,5
Lotyšsko	5,4	2,2	4,0	9,3	5,4	7,3
Lucembursko	1,9	1,5	2,5	5,2	1,6	0,0
Maďarsko	12,3	10,2	6,0	16,3	9,8	8,4
Malta	5,2	8,5	0,0	8,7	-	3,7
Německo	3,3	2,9	2,0	5,3	3,6	2,9
Norsko	6,6	4,4	2,0	6,1	4,6	3,8
Polsko	3,7	4,3	4,2	9,1	7,7	9,9
Portugalsko	7,3	4,2	1,7	13,1	9,6	1,9
Rakousko	12,5	3,2	2,7	2,9	3,2	3,9
Rumunsko	7,7	4,6	2,7	7,4	6,1	1,7
Řecko	4,5	1,2	1,3	6,2	4,9	6,4
Slovensko	8,2	2,7	0,0	8,7	5,0	0,0
Slovinsko	2,1	3,7	0,0	4,4	2,6	3,6
Španělsko	3,2	2,1	1,4	9,5	4,0	5,0
Švédsko	3,0	3,5	2,6	7,6	5,6	3,4
Turecko	2,9	3,7	0,0	3,5	6,4	3,1
Velká Británie	5,3	3,9	2,2	6,8	4,2	3,3

Poznámka: všechny země EU k roku 2014 bez Belgie a Nizozemska; s Tureckem, Norskem a Islandem maximální podíly vyznačeny červeně; minimální podíly vyznačeny modře

Malta – nejsou data pro ženy

úroveň vzdělání dle ISCED 2011

úroveň 0–2 – vzdělávání v raném dětství, primární vzdělávání a nižší sekundární vzdělávání

úroveň 3–4 – vyšší sekundární vzdělávání a postsekundární neterciární vzdělávání

úroveň 5–8 – zbylé úrovně terciárního vzdělávání

Zdroj: EUROSTAT – EHS 2014, vlastní výpočty a zpracování

Na základě dostupných dat z šetření o zdraví EHS 2014 je vzdělání stále výrazným determinantem ve vztahu k příznakům deprese u osob ve věku 65+ let. Zásadním trendem je snižování podílů osob s příznaky deprese s rostoucí úrovní vzdělání, zejména pak v přechodu

mezi první a druhou kategorií vzdělání (mezi úrovněmi 0–2 a 3–4). Obecně jsou podíly osob s příznaky deprese nejnižší v poslední kategorii zahrnující terciární vzdělávání (úroveň 5–8).

Časté je ale také zvyšování příznaků deprese v přechodu mezi první a druhou nebo případně druhou a třetí kategorií vzdělání, což jde proti hlavnímu předpokladu snižování podílu osob s příznaky deprese spolu s rostoucí úrovní vzdělání.

Odlišnosti ve vztazích mezi příznaky deprese a vzděláním jsou také v rámci jednotlivých zemí mezi kategorií *příznaků depresivní fáze* a kategorií *jiných příznaků deprese*, což je patrné např. na Slovensku nebo v Chorvatsku.

U determinantu vzdělání navíc vztaženému k pohlaví dochází zejména ke snižování deprese u žen s rostoucí úrovní vzdělání a na základě toho ke snižování mezipohlavních rozdílů v rámci příznaků deprese. Ani to ale nelze vztáhnout na všechny vybrané země. Jsou opět případy, kdy s vyšším vzděláním podíl osob s příznaky deprese roste, např. u mužů v Estonsku v kategorii *příznaků depresivní fáze*, kde jsou nejnižší hodnoty naměřeny v rámci nejnižšího vzdělání (0–2).

Dále také vysoký počet nulových hodnot v rámci vyšších úrovní vzdělání potvrzuje, že vzdělání je determinantem deprese i ve věkové kategorii 65+. Neplatí to však pro všechny země a často je to platné buď pouze v případě kategorie *příznaků depresivní fáze*, anebo pouze ve vztahu k *jiným příznakům deprese*.

Hodnoty opět výrazně kolísají napříč vybranými evropskými zeměmi, což do velké míry odráží obecné rozložení podílů osob s příznaky deprese v rámci těchto zemí. Jedny z nejvyšších hodnot jsou ve většině případů v Bulharsku a Maďarsku a ty nejnižší pak ve Finsku.

Kapitola 7

Závěr

Zdravotní stav je určován mnoha determinanty, které se v průběhu života určitým způsobem vyvíjejí. Mezi determinanty, kterým je v této práci věnován větší prostor patří věk, pohlaví a vzdělání. Tyto determinanty ovlivňují mj. také vnímání deprese, závažného onemocnění, jež je také obrovskou zátěží pro zdravotní systémy i ekonomiku států. Jelikož ve stáří přibývají rizikové faktory spojené s tímto onemocněním, depresím jsou náchylnější zejména starší osoby, na které se zaměřuje tato práce.

Dílčím cílem této práce bylo analyzovat podíly osob ve věku 15+ let s příznaky deprese a porovnat je s podíly osob s příznaky deprese ve věku 65+ let ve 29 vybraných zemích Evropy na základě dat z posledního šetření o zdraví EHIS 2014. Vedle základních popisných statistik a grafických prvků sloužící k představení výchozího datového souboru bylo pomocí shlukové analýzy vytvořeno pět skupin zemí navzájem si podobných na základě podílů osob s *příznaky depresivní fáze a jinými příznaky deprese* u osob ve věku 15+ let a zvláště také pro věkovou kategorii 65+. V rámci věkové kategorie 15+ je nejvíce zemí ve skupině s nejnižšími podíly osob trpících příznaky deprese, charakteristické nízkými hodnotami jsou v tomto případě země postkomunistické, s výjimkou Bulharska, Estonska a Maďarska. Naopak země více na západ Evropy v tomto případě mají vyšší podíly osob s příznaky deprese. Maximální hodnoty patřily Maďarsku a Portugalsku.

Ve srovnání s osobami ve věku 65+ let došlo téměř u všech zemí k nárůstu hodnot oproti věkové kategorii 15+ a zároveň k jejich většímu rozptýlení napříč vybranými zeměmi. Skupina zemí s minimálními hodnotami zůstala i v tomto případě nejpočetnější, nicméně zejména hodnoty postkomunistických zemí (až na Česko a Slovinsko) vzhledem ke starším osobám (65+ let) výrazně stouply. Naopak nižší hodnoty uváděly osoby ve věku 65+ let na západě Evropy, tudíž v zemích, které měly ve věku 15+ hodnoty vzhledem k vybraným evropským zemím relativně vyšší, např. v Lucembursku, Německu nebo Dánsku. Jedny z nejnižších hodnot jsou v rámci kategorie 65+ let ve Skandinávii, kde je ovšem výjimkou Švédsko kvůli vyšším hodnotám v kategorii *jiných příznaků deprese*. K Maďarsku a Portugalsku, které i v tuto chvíli zůstávají ve skupině s nejvyššími hodnotami v rámci obou kategorií se přidává s vysokými podíly osob trpících příznaky deprese také Bulharsko.

Hlavním cílem práce bylo porovnat mezipohlavní rozdíly v pocíťování příznaků deprese u osob ve věku 65+ a zodpovědět tak otázku: Jaké jsou ve 29 vybraných evropských zemích obecné trendy v uvádění příznaků deprese osobami ve věku 65+ let v roce 2014 na základě determinantu pohlaví? I pro tyto účely bylo využito shlukové analýzy a pěti typologicky shodných skupin jako u věkových kategorií 15+ a 65+ vytvořené na základě *příznaků depresivní fáze i jiných příznaků deprese*, tentokrát za muže a ženy ve věku 65+ let zvlášť.

Zatímco mužský soubor je vcelku homogenní, podíly žen uvádějících příznaky deprese jsou napříč vybranými zeměmi Evropy více rozptýleny. Znatelný je obecný nárůst hodnot, pokud jde o ženy, což ale neplatí např. pro Finsko nebo Rakousko, kde jsou hodnoty u mužů i žen ve věku 65+ let podobné a v rámci kategorie *jiných příznaků deprese* dokonce výrazně vyšší u mužů. Nicméně, pokud jde o obecný trend týkající se vyšších podílů žen s příznaky deprese oproti mužům, řada zemí si v rámci těchto rozdílů zachovává podobné postavení vzhledem k ostatním vybraným evropským zemím, příkladem je Německo, Česko, Lucembursko nebo také Maďarsko. Neplatí to ovšem pro Portugalsko a Turecko, které mají relativně nižší podíly mužů s příznaky deprese, ale patří k zemím, kde jsou jedny z nejvyšších podílů žen trpících depresemi a na základě toho velmi výrazné mezipohlavní rozdíly.

Determinant, kterého se týká poslední cíl je vzdělání – vychází z něj taktéž poslední výzkumná otázka: Má-li úroveň vzdělání vliv na pocíťování příznaků deprese osobami ve věku 65+ let ve vybraných zemích v roce 2014, případně, jakým způsobem se tento vliv projevuje? Na základě porovnání zemí v rámci tří kategorií vzdělání vycházejících z osmi úrovní vzdělání dle ISCED 2011 je patrný obecný trend snižování podílů osob s příznaky deprese se zvyšující se úrovní vzdělání, kdy v poslední vzdělanostní kategorii jsou obecně hodnoty nejnižší. Tento trend však není jednoznačný, často dochází naopak ke zvyšování podílů osob trpících příznaky deprese mezi nižší a vyšší kategorií vzdělání. Výrazné odlišnosti jsou také často v konkrétních zemích mezi kategorií *příznaků depresivní fáze a jinými příznaky deprese*. Co se týče mezipohlavních rozdílů, obecný trend snižování podílů osob s rostoucí úrovní vzdělání zde lze také nalézt, přičemž je patrnější u žen, což způsobuje snižování rozdílů v uvádění příznaků deprese mezi muži a ženami. Nicméně, ani v tomto případě se nejedná o trend jednoznačný. Hodnoty napříč vybranými evropskými zeměmi značně kolísají a do velké míry odráží obecné rozložení podílů osob s příznaky deprese ve věku 65+ v rámci těchto zemí – jedny z nejvyšších hodnot jsou ve většině případů v Bulharsku a Maďarsku a ty nejnižší pak ve Finsku. Úroveň vzdělání tak má stále vliv na příznaky deprese i ve věku 65+ let, trendy ve vybraných evropských zemích však nejsou natolik výrazné jako v případě determinantu věku a pohlaví.

Ověření pravdivosti hypotéz stanovených v úvodu bylo taktéž součástí druhé části práce. První hypotéza týkající se věku a pohlaví je stanovena na základě tvrzení, že prevalence deprese je maximální u starších dospělých (WHO 2017b) a více patrné je to u žen (Ocampo 2010). Tento předpoklad byl ověřen a potvrzen v rámci popisných statistik vycházejících z podílů osob s příznaky deprese, kde věková kategorie 65+ dosahovala vždy nejvyšších průměrných i mediánových hodnot, které byly ještě výrazně vyšší u žen než u mužů. I přesto, že se jedná o výrazný trend napříč vybranými evropskými zeměmi, výjimku tvoří např. Finsko, kde jsou hodnoty zaznamenané staršími osobami nižší než v mladších kategoriích a podíl žen je v kategorii *jiných příznaků deprese* nižší než u mužů. Vysvětlením mezipohlavních rozdílů ve vztahu

k hodnocení zdraví se zabývá mnoho studií, většinou zde však hrají roli zprostředkující faktory, např. příjem nebo vzdělání (Ocampo 2010).

Druhá hypotéza se týká existence vztahu mezi podílem osob s příznaky deprese a úrovní dosaženého vzdělání. Je zvolena na základě tvrzení, že je vzdělání výrazným determinantem duševního zdraví i konkrétně deprese (Ross a Mirowsky 2006). I přesto, že je na základě analýzy podílů osob s příznaky deprese vzhledem ke třem úrovním vzdělání obecný trend napříč vybranými zeměmi do jisté míry patrný, mnohdy je nejasný a hodnoty vzhledem k tomuto determinantu jsou v mnoha zemích rozkolísané. Jedním z vysvětlení těchto výkyvů může být částečná ztráta důležitosti socioekonomických determinantů ve vztahu ke zdraví spolu s přibývajícím věkem a zejména pak u starších osob (Bøe aj. 2017) nebo také různá síla vlivu úrovně vzdělání na vnímání zdraví v jednotlivých zemích (Adams aj. 2003).

Na tuto práci, zabývající se pouze vybranými determinanty deprese, by mohla navazovat analýza dalších determinantů deprese zjišťovaných v rámci tohoto šetření o zdraví EHIS 2014, tj. příjmu a míry urbanizace, což by poskytlo ucelenější pohled na faktory, které vnímání deprese v Evropě ovlivňují. V návaznosti na proměny determinantů ovlivňující zdraví spolu s přibývajícím věkem by byl zajímavý také výzkum vlivu rodinného stavu či způsobu trávení volného času na pociťování deprese u starších osob.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ADAMS, Peter a jiní, 2003. Health, wealthy and wise. Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status. *The Journal of Econometrics* [online]. **112**(1), 3-56 [cit. 13.6.2019]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304407602001458?via%3Dihub>.
- ALVAREZ-GALVEZ a jiní, 2013. The impact of socio-economic status on self-rated health: Study of 29 countries using European social surveys (2002-2008). *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. **10**(3), 747-761 [cit. 13.6. 2019]. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph10030747.
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington, DC. ISBN 978-953-191-787-2.
- ANDREAS, Sylke a jiní. 2017. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *The British journal of psychiatry*. **210**(2), 125-31 [cit. 6. 5. 2019]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27609811>.
- AU, Nicole a JOHNSON, David, 2014. Self-assessed health: What does it mean and what does it hide? *Social Science & Medicine* [online]. **121**, 21-38 [cit. 11.5.2019]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953614006534>.
- Behavenet.com*, nedatováno. Diagnostic criteria for Major Depressive Episode [online]. [Cit. 24. dubna]. Dostupné z: <https://behavenet.com/diagnostic-criteria-major-depressive-episode>.
- BJONER, Jakob, B. a jiní, 1996. *Self-rated health: a useful concept in research, prevention, and clinical medicine*. Stockholm: Swedish Council for Planning and Coordination of Research,
- BLAZER, Dan G., 2008. How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. *Gerontologist* [online]. **48**(4), 415-422 [cit. 12.5.2019]. ISSN 00169013. Dostupné z: doi:10.1093/geront/48.4.415.
- BLAZER, Dan G, 2003. Depression in late life: review and commentary. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* [online]. **58**(3), 249-65 [cit. 12.5.2019]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12634292>.

- BØE, Tormod a jiní, 2017. Financial difficulties in childhood and adult depression in Europe. [online]. 23.2., 27, 96–101 [cit. 23. 4. 2019]. Dostupné z: https://academic.oup.com/eurpub/article/27/suppl_1/96/3045956.
- BUŽGOVÁ, Radka a jiní, 2012. Faktory ovlivňující úzkost a depresi u pacientů v konečném stadiu nemoci při hospitalizaci. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 110(5), 243–249 [Cit. 16. 5. 2019]. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=981>.
- BORRELL-CARRIO F, SUCHMAN AL a R. EPSTEIN, 2004. The bio-psychosocial model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine* [online]. 2(6), 576–82 [cit. 3. 3. 2019]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15576544>.
- BRUNELLO, Giorgio a jiní, 2015. The Causal Effect of Education on Health: What is the Role of Health Behaviors? *SSRN Electronic Journal* [online]. [Cit. 26. 6. 2019]. Dostupné z: doi: 10.2139/ssrn.2020147.
- COPELAND, John R. a jiní, 2004. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry* [online]. 2, 3(1), 45–49 [cit. 22. 5. 2019]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414664/>.
- Český statistický úřad, 2018 [online]. Životní podmínky (EU-SILC) – Papírové dotazníky. Praha: Český statistický úřad [cit. 16.5.2019]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/papirove_dotazniky_eu_silc.
- Český statistický úřad, 2019 [online]. Evropské výběrové šetření o zdraví EHIS 2019. Praha: Český statistický úřad [cit. 16. 5. 2019]. Dostupné z: <https://ehis.uzis.cz/res/file/letak-ehis-2019-06.pdf>.
- Český statistický úřad, nedatováno. [online] CZ-ISCED 2011. Praha: Český statistický úřad [cit. 6. 6. 2019]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/klasifikace_vzdelani_cz_isced_2011.
- DAMIAN, Javier, Ana RUIGOMEZ, Vicente PASTOR a Jose M. MARTIN-MORENO, 1999. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *Journal of Epidemiology and Community Health* [online]. 53(7), 412–416 [cit. 3. 4. 2019]. Dostupné z: doi:10.1136/jech.53.7.412.
- DAŇKOVÁ, Šárka, 2010. Srovnání ukazatelů zdravotního stavu v šetření EHIS a SILC. In: *Demografie.info* [online]. 17.4. [cit. 27.3.2019]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=703.
- Database: Eurostat, nedatováno [online]. European Commission, 2014 [cit. 10. 5. 2019]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/data/database?p_p_id=NavTreeprotletprod_WAR_NavTreeprotletprod_INSTANCE_nPqeVbPXRmWQ&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2.
- Determinanty zdraví, nedatováno. In: Velký lékařský slovník [online]. Praha: Maxdorf, 2000 [cit. 11. dubna 2019]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/determinanty-zdravi>.

- DOMÈNECH-ABELLA a jiní, 2018. The association between socioeconomic status and depression among older adults in Finland, Poland and Spain: A comparative cross-sectional study of distinct measures and pathways. *Journal of Affective Disorders* [online]. **241**, 311–318 [cit. 20. dubna 2019]. Dostupné z: doi:10.1016/j.jad.2018.08.077.
- European Commission, 2004. *The state of mental health in the European Union* [online]. Luxembourg: European Commission. [cit. 20. dubna 2019]. Dostupné z: doi:10.1080/00207411.1998.11449425.
- European commission, 2013. European Health Interview Survey (EHIS wave 2): methodological manual [online]. Luxembourg: Publications Office of the European Union [cit. 20. dubna 2019]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926729/KS-RA-13-018-EN.PDF/26c7ea80-01d8-420e-bdc6-e9d5f6578e7c>.
- GBD Result Tool, nedatováno. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation [online]. [Cit. 26. 6. 2019]. Dostupné z: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- GLISKY, Elizabeth L, 2013. Changes in Cognitive Function in Human Aging. In: RIDDLE, David, R. *Brain Aging: Models, Methods, and Mechanisms*. Oxfordshire: Taylor & Francis Group [online], s. 1–11, [cit. 30. května]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21204355>.
- GREGG, Jeffrey, J, FISKE, Amy a Margaret, GATZ, 2013. Physicians' detection of late-life depression: the roles of dysphoria and cognitive impairment. *Aging Mental Health* 2013;17:1030–6.
- HORÁČKOVÁ, Katerřina a jiní, 2018. Prevalence of late-life depression and gap in mental health service use across European regions. *European Psychiatry* [online]. **57**, 19–25 [cit. 3. května]. Dostupné z: doi:10.1016/j.eurpsy.2018.12.002.
- IDLER, Ellen, L, a Yael, BENYAMINI, 1997. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior* [online]. Březen **38**(1), 21–37 [cit. 8. května 2019]. Dostupné z: doi:10.1007/sl0290-009-0045-y.
- KAPLAN, George a T., CAMACHO, 1983. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology* [online]. Březen, 117(3), 292-304 [cit. 23. 3. 2019]. Dostupné z: doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a113541.
- KESSLER, Ronald, C. a jiní, 2010. Age differences in major depression: results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Psychological Medicine* [online]. **40**(2), 225-237 [cit. 19. 4. 2019]. Dostupné z: doi: 10.1017/S0033291709990213.
- KÖHLER, CA, a jiní, 2018. Mapping risk factors for depression across the lifespan: an umbrella review of evidence from meta-analyses and mendelian randomization studies. *Journal of Psychiatric Research* [online]. **103**, 189–207, [cit. 3. května 2019]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29886003>.

- KUČERA, Zdeněk, nedatováno. *Indikátory kvality života v oblasti zdraví*. Úřad vlády České republiky [online]. [Cit. 12. března]. Dostupné z: https://www.cr2030.cz/strategie/wpcontent/uploads/sites/2/2018/05/05_Zdrav%C3%AD.pdf
- KROENKE, Kurt, SPITZER, Robert L. a Janet B. W. WILLIAMS, 2001. The Patient Health Questionnaire-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine* [online]. **16**, 606–613 [cit. 22. dubna 2019]. Dostupné z: doi:10.1097/01.mlr.0000093487.78664.3c.
- KROENKE Kurt, SPITZER Robert L, a Janet B. W. WILLIAMS, 2003. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. *Medical Care* [online]. **41**(11),1284–1292 [cit. 22. 4. 2019]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14583691>.
- KROENKE, Kurt, Robert L. SPITZER, Janet B.W. WILLIAMS a Bernd LÖWE, 2010. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry* [online]. **32**(4), 345–359 [cit. 5. 3. 2019]. Dostupné z: doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006.
- LAVRETSKY, Helen, a Anand, KUMAR, 2002. Clinically significant non-major depression: old concepts, new insights. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. **10**(3), 239–255 [cit 12. 5. 2019]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11994211>.
- LIANG, J, a jiní, 2005. How does self-assessed health change with age? A study of older adults in Japan. *The Journals of Gerontology* [online]. **60**, 224–32 [2. 3. 2019]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15980298>.
- MACKENZIE, Corey, S., PAGURA, Jina, a Jitender, SAREEN, 2010. Correlates of perceived need for and use of mental health services by older adults in the collaborative psychiatric epidemiology surveys. *American Journal Geriatric Psychiatry* [online]. **18**,1103–1115. [4.5. 2019]. Dostupné z: doi: 10.1097/JGP.0b013e3181dd1c06.
- Mental Health and Wellbeing*, nedatováno. The Joint Action: Why investing in Mental Health in Europe? [online]. [Cit. 4. 5. 2019]. Dostupné z: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/the-joint-action/>.
- MOSSEY, J. M. a E. SHAPIRO, 1982. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American journal of public health* [online]. **72**(8), 800–808 [cit. 15. 2. 2019]. Dostupné z: doi:10.2105/AJPH.72.8.800.
- MURMAN, Daniel L., 2015. The Impact of Age on Cognition. *Seminars in Hearing* [online]. **36**(3), 111–121 [cit. 3. 4. 2019]. Dostupné z: doi:10.1055/s-0035-1555115.
- MURREY, CJ a jiní, 2012. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* [online]. **380**(9859), 2197–2223 [cit. 14. 4. 2019]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245608>.
- Natural Earth, 2019. Downloads [online], [Cit. 25. 5. 2019]. Dostupné z: <https://www.naturalearthdata.com/downloads/>.

- NUTBEAM, Don, 1998. Health Promotion Glossary: Determinants of health. Geneva: World Health Organization [online]. S. 6 [cit. 15. 4. 2019]. Dostupní z: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- OCAMPO, Jose Mauricio, 2010. Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Medica* [online]. **41**(3), 275–289 [cit. 5. 3. 2019]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/46817913_Selfrated_health_Importance_of_use_in_elderly_adults.
- PALLONI, Alberto, PINTO-AGUIRRE G a M PELÁEZ, 2002. Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean [online]. *Srpen*, **31**(4), 762–771 [cit. 4. 6. 2019]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12177016>.
- PAVLÍK, Zdeněk, 2009. Stárnutí demografické. In: KALIBOVÁ, Květa, PAVLÍK, Zdeněk a Alena, VODÁKOVÁ. Demografie (nejen) pro demografy. Praha: SLON. ISBN 80-85850-30-3.
- PTÁČEK, Radek a jiní, 2016. Beckova škála deprese BDI-II – standardizace a využití v praxi. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. [Cit. 15. 5. 2019]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_6_270_274.pdf.
- PRINCE, MJ a jiní, 1999. Development of the EURO-D scale--a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry* [online]. **174**, 330–8 [cit. 2. 6. 2019]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10533552>.
- ROSS, Catherine E. a John MIROWSKY, 2006. Sex differences in the effect of education on depression: Resource multiplication or resource substitution? *Social Science and Medicine* [online]. **63**(5), 1400–1413 [cit. 13.5. 2019]. Dostupné z: doi:10.1016/j.socscimed.2006.03.013.
- ROSS, Catherine E. a John MIROWSKY, 1998. Education, personal control, lifestyle and health: A human capital hypotheses. *Research on Aging*, **20**, 415–449 [cit. 13.5. 2019]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0164027598204003>.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, Jitka, 2014. Individuální versus demografické stárnutí. In: *Statistikaamy.cz* [online]. 7.8. [cit. 5. dubna 2019]. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2014/07/individualni-versus-demograficke-starnuti/>.
- SHARE – Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, nedatováno [online]. SHARE-ERIC [cit. 29. 5. 2019]. Dostupné z: <http://www.share-project.org/home0.html>.
- SMARR, Karen, L. a Autumn, L. KEEFER, 2011. Measures of depression and depressive symptoms. *Arthritis Care & Research* [online]. Listopad, **63**(11), 454-66 [cit. 2. května]. Dostupné z: doi: 10.1002/acr.20556.
- da SILVA, Simone A., SCAZUFCA, Marcia a MENEZES, Paulo R., 2012. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. American College of Rheumatology [online]. 8. srpna, **65**(2), 153-158 [cit. 2. 3. 2019]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/230632630_Population_impact_of_depression_on_functional_disability_in_elderly_results_from_Sao_Paulo_Ageing_Health_Study_SPAH.

- SPITZER, Robert a jiní, nedatováno. Zdravotní dotazník-9 (PHQ-9) [online]. [Cit. 13. 4. 2019]. Dostupné z: https://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10049256/f/201412/PHQ9_Czech%20for%20the%20Czech%20Republic.pdf.
- Státní zdravotní ústav, 2016. Zdravotní stav české populace: výsledky studie EHES 2014. Praha: Státní zdravotní ústav [online]. [Cit. 23. 4. 2019]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/ehes2014>.
- Studie HELEN (*Health, Life Style and Environment*), nedatováno [online]. Státní zdravotní ústav [cit. 21. 5. 2019]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/studie-helen>.
- SVOBODOVÁ, Kamila, 2012. ANALÝZA: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce. In: *Demografie.info*. [online]. 23.3. [cit. 1. dubna 2019]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=824&.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2018. Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabulární část. [online]. ÚZIS ČR [cit. 30. 4. 2019]. Dostupné z: doi:10.22201/fq.18708404e.2004.3.66178.
- VAN HEUGTEN – VAN DER KLOET, Dalena a Ton VAN HEUGTEN, 2015. The classification of psychiatric disorders according to DSM-5 deserves an internationally standardized psychological test battery on symptom level. *Frontiers in Psychology* [online]. 6, 4–7, [cit. 4. května]. Dostupné z: doi:10.3389/fpsyg.2015.01108.
- WILKINSON, Richard a Michael MARMOT ed. 2003. Social Determinants of Health: The Solid Facts. Denmark: World Health Organization [online]. [Cit. 13. 5. 2019]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf.
- World health organization a Statistics netherlands, 1996. Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments. *Regional publications european series* [online]. 58 [cit. 28. 3. 2019]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/111149/E72841.pdf.
- World health organization, 2012. Depression in Europe. Denmark: WHO Regional Office for Europe [online]. [Cit. 24. 2. 2019]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe>.
- World health organization, 2015. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. Denmark: WHO Regional Office for Europe [online]. [Cit. 1. 3. 2019] Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf.
- World health organization, 2017a. World Health Organization Report - Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates [online]. [Cit. 1. 3. 2019]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.
- World health organization, 2017b. Mental health of older adults. Denmark: WHO Regional Office for Europe [online]. 12.12. [cit. 3. 3. 2019]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
- World health organization, 2018a. Mental disorders [online] 9.4. [cit. 4.3. 2019]. Dostupné z: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

World health organization, 2018b. Depression [online] 22.3. [cit. 4.3. 2019]. Dostupné z:
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

World health organization, nedatováno. What is the WHO definition of health? *Frequently asked questions* [online]. [Cit. 1. 3. 2019]. Dostupné z:
<https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.

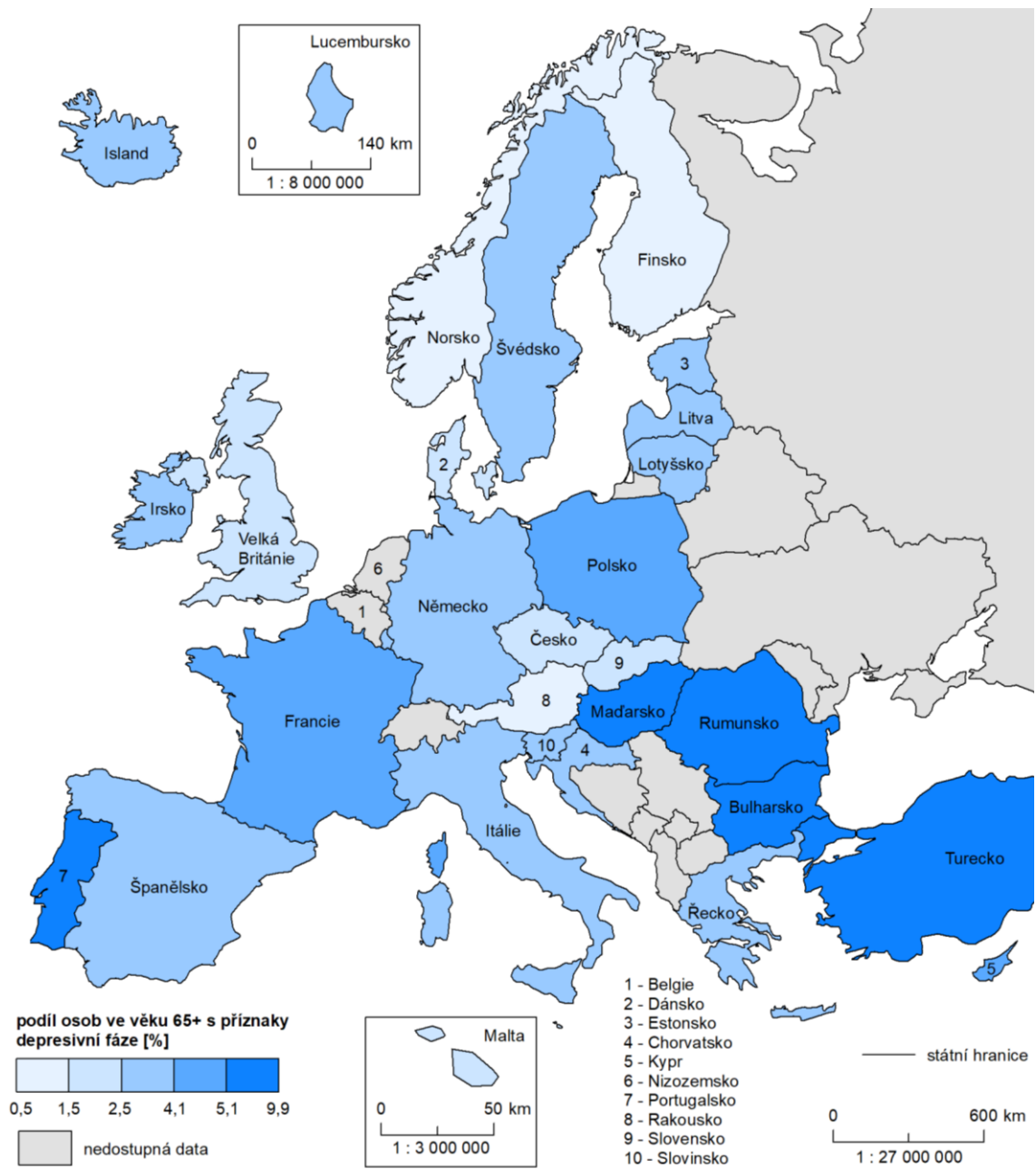
PŘÍLOHY

Příloha 1 – Celé znění české verze dotazníku PHQ-9

Jak často Vás trápil některý z uvedených problémů v posledních 2 týdnech?	Vůbec ne	Několik dní	Více než polovinu dní	Téměř každý den
1. Malý zájem nebo potěšení z věcí, které děláte	0	1	2	3
2. Pocit, že jste na dně, pocit deprese nebo beznaděje	0	1	2	3
3. Potíže s usínáním, přerušovaným spánkem nebo s přílišným spaním	0	1	2	3
4. Pocit únavy nebo málo energie	0	1	2	3
5. Malá chuť k jídlu nebo přejídání	0	1	2	3
6. Měl/a jste ze sebe špatný pocit – že se Vám život nevydařil nebo že jste zklamal/a sám/sama sebe nebo svou rodinu	0	1	2	3
7. Potíže se soustředěním, např. na čtení novin nebo sledování televize	0	1	2	3
8. Pohyboval/a jste se nebo mluvil/a tak pomalu, že si toho druhí mohli povšimnout? Nebo naopak – byl/a jste tak nepokojný/á a neklidný/á, že jste se pohyboval/a mnohem víc než obvykle	0	1	2	3
9. Myšlenky, že by vám bylo lépe, kdybyste byl/a mrtev/mrtva nebo si nějakým způsobem ublížil/a	0	1	2	3

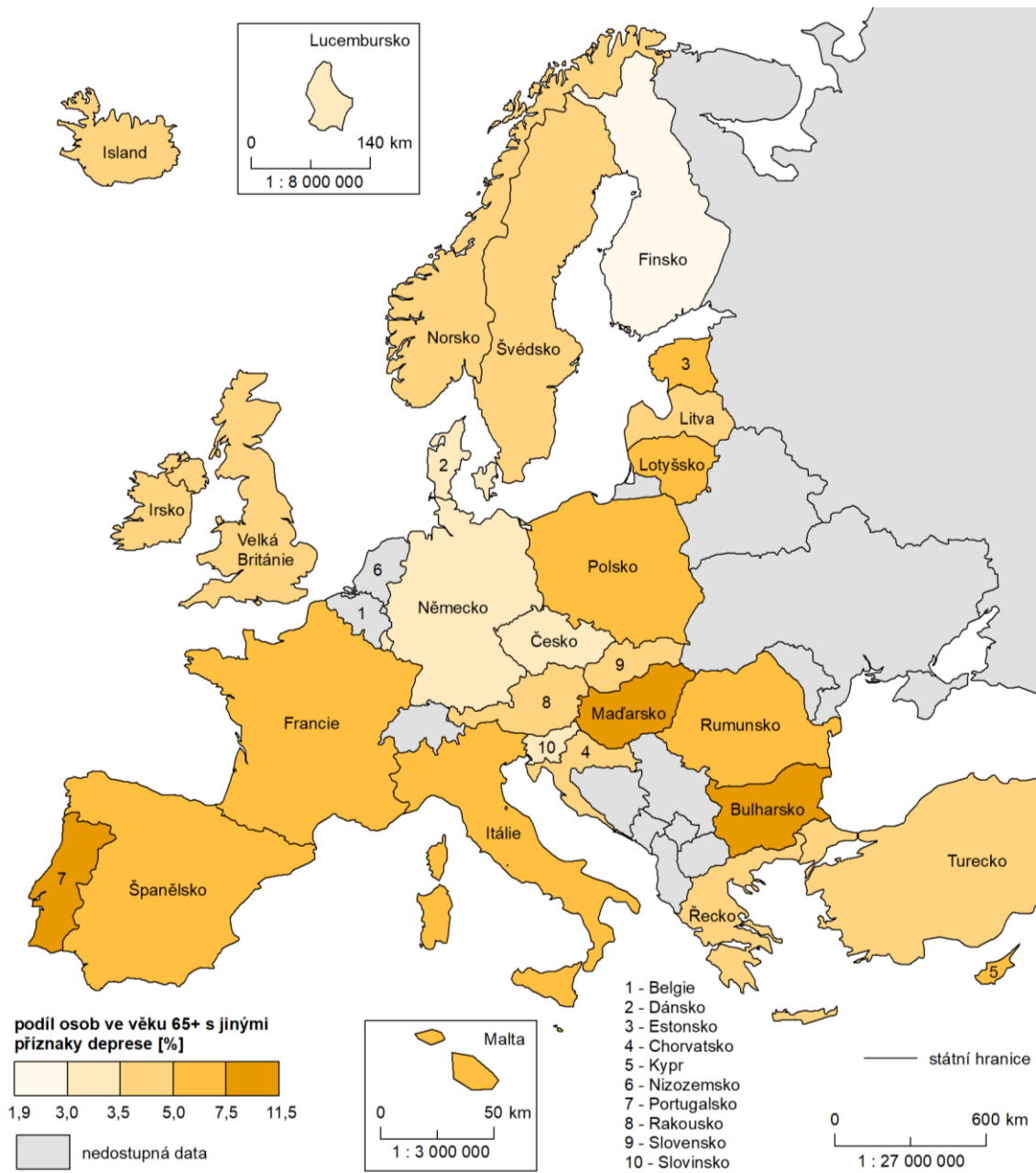
Zdroj: Spitzer aj. nedatováno, vlastní úprava

Příloha 2 – Podíl osob s příznaky depresivní fáze, rok 2014, věk 65+, %



Zdroje: EUROSTAT – EHS 2014; Natural Earth 2019, vlastní zpracování

Příloha 3 – Podíl osob s jinými příznaky deprese, rok 2014, věku 65+, %



Zdroje: EUROSTAT – EHIS 2014; Natural Earth 2019, vlastní zpracování