

# Kvalita života ve stáří

- Střední délka života – věk, ve kterém zemře 50% příslušné věkové skupiny
- Muži - 73,5 let
- Ženy - 79,5 let
- Německo :
- Ženy - 81,5
- Muži - 76

Stárnutí je individuální a asynchronní

- Po 30. roce věku – každoroční úbytek funkce o 0,8 – 1%.

# Populace stárne

OSN 1996: 9,5% lidí nad 65 let  
2050: 19,7%

záp. Evropa: dnes - 18,6%  
2020 - 35%

## Problémy

- sociální \* zdravotnické \* ekonomické
- Psychologické !

# Kvalita života ve stáří

- **Periodizace stáří**
- Zralá dospělost ( presenium) 46/48 - 65 let
- Stáří (senium) nad 65 let
- Vysoký věk nad 80 let ( Švancara, 1983)
  
- Stáří dle SZO
- 60 - 74 let- rané stáří
- 75 - 89 let vlastní stáří
- 90 - a více dlouhověkost

# Kvalita života ve stáří

- Periodizace podle úrovně aktivity
  - 65 – 74 let – mladí senioři ( adaptace na penzi, volný čas, aktivity)
  - 75 – 84 let – staří senioři ( změna funkční zdatnosti, zdravotní problémy, atypický průběh chorob)
  - 85 a více let – velmi staří senioři ( soběstačnost) ( Mühlpachr,2004)

# Kvalita života ve stáří

- Mladší stáří – 60-75 let
- Poročilé stáří – nad 75 let ( Stuart-Hamilton, 1999)
- Počátek stáří : 60 - 65 let
- Období lidského života
  - Sociální věk
  - Chronologický věk
  - Biologický věk ( funkční)

# Psychosomatika v postmenopauze

- **Postmenopauza** – 12 měsíců po posledních menses, do 65 roku( začátek senia). Minimální produkce estrogenů.
- **Klimakterium** - klinická manifestace klimakterického sy – mezi 45.- 60. rokem.
- Symptomy z nedostatku estrogenů:
  - akutní – vasomotorický a psychosomatický
  - chronické – metabolický estrogen-deficitní sy

# Psychosomatika v postmenopauze

- **Psychické projevy klimakterického sy :**
  - Deprese, úzkost (55%), psychastenie, neurastenie
  - Vyčerpání
  - Pocit osamělosti a zbytečnosti ( až v 80%)
  - Podrážděnost, vznětlivost (56%)
  - Nespavost
  - Poruchy paměti a soustředění ( 51%)

# Andropauza

- Muži po 40. roku věku
  - Psychologické problémy
  - Únavnost, slabost
  - Sarkopenie ( úbytek svalové hmoty)
  - Porucha hematopoezy
  - Oligospermie, sexuální dysfunkce
  - Poruchy paměti, nespavost



# Stárnutí- specifický, nevratný proces, universální pro celou přírodu

- Gerontologie- věda o stáří
- Geriatric- péče o stárnoucí populaci

## Současné teorie stárnutí

- *Teorie volných radikálů*
- *Neuro-endokrinní teorie stárnutí*
- *Genetická*
- *Pacemakerové teorie stárnutí*
- *Komplexní teorie*

# Teorie volných radikálů a mediátorů zánětu

- Zdrojem VR běžné životní pochody potřebné pro energii v buňce, chemické reakce uvnitř buněk, ionizující záření, reakcí organismu na cizorodé antigeny
- Důsledkem poškození enzymatické aktivity bílkovin, ztráta informace DNA, změny buněčných membrán- poškození a zánik tkání a orgánů
- Antioxidační rovnováha
- Hromadění neodklizeného intracelulárního odpadu – lipofuscin –pigment stáří-napomáhá generovat kyslíkové radikály (Katz,2002)

# Neuro-endokrinní teorie

- Stárnutí- součástí endokrinního systému
- v centru – **melatonin**( hormon epifýzy)
- Ovlivnění imunitního systému, podpora regeneračních pochodů, antioxidační účinky
- Hlavní tvorba v noci- při setmění

# Molekulární teorie stárnutí

**Teorie mutační-** důsledek hromadění mutací

**Teorie programového stárnutí-** funkce jednotlivých genů je naprogramována

Gen dlouhověkosti?

**Zástava buněčného dělení v G1 fázi**

**Telomery a telomerázy**

**Apoptóza**

# Pacemakerová teorie stárnutí

- Snaha o vytvoření univerzální teorie zahrnující všechny pochody stárnutí
- Teorie hledající řídicí časový systém v orgánovém systému

# Ovlivnitelné faktory

- Obezita – BMI vyšší než 30
    - Odpovídá předčasnému zestárnutí chromozomů o zhruba 9 let
  - Kouření – po 40 letech kouření – předčasné biologické zestárnutí o 7,4 roku
  - Socioekonomický status – předčasné zestárnutí o 7-9 let
  - Sexuální aktivita ve vyšším věku
- ( Spector, T et al.: The Lancet , 2005)

# Obezita ve stáří

- 50% populace v ČR
- **tuková tkáň** – aktivní sekreční orgán  
je zdrojem *systemového zánětu* ( rezistin,  
interleukiny, cytokiny)  
a rizikovým *nádorový faktorem* ( leptin)

# Obezita ve stáří

- Redukce hmotnosti a prevence DM
- **Redukce o 5- 10 % !!!**
  - **Williamsova studie** ( 43 000 amerických žen během 12 let – výskyt nádorů a metabolických komplikací v závislosti na redukci hmotnosti
- **Dietní vlivy**
  - Potraviny s nižším glykemickým indexem a vyšším obsahem vlákniny a , omega 3 mastné kyseliny
  - Příjem cukrů nehraje ve vzniku DM žádnou roli!!



# Obezita ve stáří

## **Zelenina**

– snižuje výskyt DM o 1/3 , ovoce nemá vliv

## **Káva**

doporučovány jsou dnes 4 šálky denně ( snižuje riziko DM, antikancerogenní vliv , snížení endoteliální dysfunkce)

# DM a psychiatrické dg

- **DM** 2- 4 x častější u schizofreniků
- **Systemový zánět** ( vyšší hladiny cytokinů) u MS i Deprese !!!
  - Mirtazapin, paroxetin – zvyšují hmotnost X
  - Bupropion ( Wellbutrin), tianeptin( Coaxil), moclobemid ( Aurorix), reboxetin ,nefazodon

# Specifika nemocí ve stáří

- **Polymorbidita** – sdružování chorob bez kauzální souvislosti
- **Kauzální řetězení chorob** – jedna vyvolá druhou
- **Kombinace** kauzálně podmíněných a konkomitujících chorob
- **Zvláštnosti klinického obrazu**-chybění určitých příznaků ( mikrosymptomatologie, reaguje jiný orgán( mozek), zvýšené riziko úmrtí
- **Mono** – nebo oligosymptomatologie – chybí obvyklá škála příznaků – např. u thyreotoxikózy chybí fibrilace síní
- **Nespecifické příznaky** – selhání srdce - únava, nechutenství
- **Nedostatek informací**
- **Následná péče**

# Pooperační komplikace

- **Tromboembolická komplikace** - žilní tromboza u 30-40% chirurg. nemocných po operaci a u 70% po ortopedických výkonech
- **Diabetes mellitus**- nebezpečí hypoglykemie, dlouhodobě působící PAD vysadit 2 dny před operací, dávky Insulinu se snižují na polovinu

# Následná péče

- Upřednostňování rodinného prostředí
- Ve stáří ztráta akomodace na vnější prostředí
- Při hospitalizacích – depresivní rozlady a prohloubení aterosklerotických změn
- Nutnost zajištění následné péče ve spolupráci s rodinou a praktickými lékaři
- Využití pečovatelské a ošetřovatelské služby nutností

# Strategie a taktika

- Pomoc členů rodiny
- Písemný přehled dávkování
- Omezení lékové preskripce
- Pacientská ukázněnost
- Globální přístup k pacientovi

# Specifika farmakoterapie

- Zpomalené vyprazdňování ze žaludku-oddálení účinku léku( hypnotika, analgetika), v kyselém prostředí může dojít k degradaci léku
- Zpomalená pasáž tenkým střevem- větší absorpce léku- digitalis
- Zhoršení prokrvení ve splachniku- zhoršení prokrvení a snížení vstřebávání

# Zásady farmakoterapie

- Co nejméně léků
- V co nejmenších dávkách
- Po nezbytně nutnou dobu



# Kvalita péče ve stáří

- Péče o hydrataci, sledování příjmu tekutin i v nemocničných zařízeních, péče před operací a v pooperačním průběhu- zamezení řady komplikací- IM, embolie plicní, bronchopneumonie
- Péče o výživu- sledování nutričního stavu před operací –součástí interního předoperačního vyšetření, předcházení špatného hojení ran., dekubitů, včasné navrácení do domácího prostředí
- Sledování příjmu potravy i během hospitalizace,
- Myslet na nebezpečí polypragmázie

# Geriatrické syndromy

- **Komplexní geriatrické vyšetření :**
- Somatický stav a fyzické schopnosti (ADL, IADL)
- Mentální a psychický stav
- Socioekonomická situace

# Vlastní onemocnění

- Genetika
- Vnější vlivy
- Vlastní přičinění ( dehydratace, polypragmazie, nedostatečné užívání léků)
- Sociální příčiny ( sociální nejistota- finanční, bytový problém)
- Psychické příčiny ( ztráta partnera, dítěte, rodinné problémy)

# Nejčastější příčiny onemocnění ve stáří

- Dehydratace
- Nadměrné užívání léků
- Nedostatečná výživa

# Geriatrické syndromy

- **Somatické –**
  - Poruchy chůze a pohyblivosti
  - Závratě, nestabilita, pády
  - Inkontinence moče a stolice
  - Poruchy regulace teploty
  - Poruchy příjmu potravy/tekutin
- **Psychické-**
  - Demence
  - Deprese
  - Delirium
  - Poruchy chování
  - Maladaptace

# Geriatrické syndromy

- **Sociální -**
  - Ztráta soběstačnosti
  - Závislost na pomoci druhých
  - Sociální izolace
  - Týrání a zneužívání
  - Dysfunkce rodiny ( Topinková , 2000)

# Pády

- Symptom celkové dysfunkce seniora, nepatří do symptomatologie fyziologického stárnutí , 85% končí frakturou
  - Signál nemoci
  - Signál somatické dysfunkce
  - Signál psychické dysfunkce

# Pády

- Symptomy předpovídající pády
  - **Somatické změny :**
  - Závratě, nestabilita
  - Artrotické změny, polyeuropatie
  - Stavy po CMP
  - Poruchy spánku- fyziologické( 65-79 let – prevalence 25% a sekundární
  - Poruchy příjmu potravy a tekutin



# Pády

- Symptomy předpovídající pády
  - **Medikace**
  - Léky snižující objem cirkulující tekutiny absolutně a relativně ( diuretika, hypotenzíva, vasodilatancia)
  - Psychofarmaka
  - Hypnotika – sporné , spíše nespavost !

# Frailty syndrom – seniorská křehkost

- **Postihuje 15% populace** , prevalence stoupá s věkem
- **Častěji postihuje ženy a nižší společenskoekonomické vrstvy**
- **Věkem podmíněná zranitelnost, bezbrannost, zvýšená senzitivita vůči stresu**
- **Klinicky se manifestuje jako riziko vzniku dysability nebo úmrtí při stresorech ( operace, úraz, úmrtí partnera apod)**

# Faily syndrom

- **Příznaky**
  - Ztráta tělesné hmotnosti
  - Podvýživa
  - Poruchy rovnováhy a chůze
  - Vyšší počet pádů
  - Sarkopenie
  - Steopenie
  - Dekondice – únava, inaktivita
  - Snížená síla stisku ruky
  - Zpomalení motoriky

# Poruchy výživy ve stáří

- Diferenciální diagnostika
  1. **Kachexie**
  2. **Hladovění – malnutrice**
  3. **Anorexie**
  4. **Sarkopenie**

# Důsledky poruchy výživy

- **Postižení imunitního systému**
- Nejprve buněčné složky-snížení absolutního počtu lymfocytů, později i humorální složky-snížení sérových imunoglobulinů
- **Poruchy hojení ran-**  
klesá schopnost organismu uvolnit aminokyseliny potřebné pro regeneraci

# Poruchy výživy ve stáří

- Kachexie
  - Komplexní metabolický syndrom, souvisí se základním onemocněním – chron. nem. jater, ledvin, srdce, karcinom apod.
  - Cave ! Mylně interpretována jako hladovění !
  - V případě plné nutriční intervence nezabráníme pokračujícímu váhovému ani svalovému úbytku a metabol. změnám .

# Poruchy výživy ve stáří

- **Kachexie**
- Váhový úbytek 5% za rok nebo BMI méně než 20kg/m<sup>2</sup>
  - Appetit potlačen od počátku
  - Snížená svalová síla
  - Vyčerpanost
  - BMI predikuje mortalitu
  - Albumin časně snížen
  - Lymfocyty nízké a nereagující na realimentaci
  - Cholesterol nízký
  - Cytokiny zvýšené ( CRP), přítomnost zánětu
  - Realimentace – rezistentní

# Poruchy výživy ve stáří

- **Hladovění – malnutrice** – příjem nižší než spotřeba
  - Úbytek svalové hmoty a těl. hmotnosti
  - Úbytek energie a snadná unavitelnost
  - Celková slabost
  - Porucha kognice
  - Appetit potlačen až v pozdější fázi
  - BMI není prediktorem mortality
  - Albumin snížen až v pozdější fázi
  - Cholesterol v normě
  - Lymfocyty nízké a reagující na realimentaci
  - Cytokiny nezvýšené, chybí zánět
  - Realimentace je reverzibilní



# Poruchy výživy ve stáří

- Hladovění- malnutrice – příčiny:
  - Sebevražedné úmysly
  - Deprese , demence
  - Psychologické problémy ve stáří
  - Nemoci – chrup, GIT ,chron. bolest apod.

Při plné imobilitě a nedostat. přísunu živin dochází k metabolismu svalové tkáně až 400g denně

# Poruchy výživy ve stáří

- Anorexia of aging
  - Metabolicko-imunologicko-endokrinní podklad
  - Váhový úbytek, omezený energetický příjem
  - Ubývá přednostně tuková tkáň
  - Částečně reverzibilní nutriční intervencí a medikací ( megestrol- Megace)

# Poruchy výživy ve stáří

- **Anorexia of aging**

- *Příčiny :*

- **Fyziologické stárnutí**

- omezená fyzická aktivita a zpomalený metabolismus

- **Psychologické problémy**

- Zhoršování soběstačnosti

- Ztráta blízké osoby

- Institucionalizace

- Anorexia nervóza seniorů

- **Somatické obtíže**

- Bolesti

- Nemoci, polypragmazie

- Zuby

# Poruchy výživy ve stáří

- **Sarkopenie**

- Úbytek svalové hmoty
- Snížení fyzické aktivity
- Pokles produkce anabolických hormonů
- Není spojena s úbytkem váhy
- Dekondice - slabost, unavitelnost
- Nesoběstačnost

# Dehydratace

- **Věkem podmíněné příčiny-** strach z většího přísunu tekutin, inkontinence, snížená mobilita, pocit žízně
- **Iatrogenní příčiny-** polypragmazie, intoxikace
- **Psychologické příčiny-** deprese, atypický obraz, nezájem o rodinu, snížené psychomotorického tempa, poruchy koncentrace, ztráta zájmů

# Důsledky dehydratace

- Urologické-infekce močových cest, lithiasa
- GIT-chronická zácpa, subileosní až ileosní stavy
- Dyspeptické obtíže-intoxikace léky
- CNS –CMP, TIA
- Kardiopulmonální- IM, embolie plicní, bronchopneumonie
- Lokomoční- snížení mobility, zhoršení artrozy, osteoporozy skeletu

# Změny kardiovaskulárního aparátu

- S věkem snížena rychlost plnění LK na začátku diastoly, pokles srdečního minutového objemu
- Zvýšená vagotonie
- Pulzová frekvence, ejekční frakce, srdeční výdej zvýšen pouze při zátěži
- Změny arteriálního řečiště - ztluštění medie, množství a charakter elastinu a kolagenu, uloženiiny cholesterolu a vápenných depozit-dilatace a elongace aorty , ztráta elasticity, zvýšená fragilita cév
- Postupné oslabení reakce na podněty z baroreceptorů- u některých jedinců pokles krevního tlaku

# Změny kardiovaskulárního aparátu

- Důsledek :
  - Vzestup TK nebo i pokles
  - Zpomalení tepové frekvence
  - Minimalizace reaktivní tachykardie
  - Sklon k ortostatické hypotenzi
  - Elektrická instabilita srdce a poruchy rytmu



# Změny respiračního systému

- Funkce snížena s věkem
- Rozvoj stařeckého hrudníku vlivem osteoporózy skeletu, ztuhlost, ochablost mezižebních svalů, bránice, pokles inspiračního a expiračního tlaku
- Rozšíření bronchiolů a plicních sklípků
- Pokles vitální kapacity
- Pokles  $pO_2$ ,  $pCO_2$  a pH
- Reakce na hypoxii a hyperkapnii sníženy
- Snížená schopnost ciliárního epitelu v odstranění inhalovaných částic

# Plicní komplikace – důsledek

- Zvýšená slabost dýchacích svalů-  
hypoventilace
- Postižení obranyschopnosti organismu
- Bronchopneumonie - příčina fatálních komplikací dlouhodobého hladovění

# Změny gastrointestinálního traktu

- Ztráta dentice
- Pokles tonu horního esofageálního svěrače, zpoždující se relaxace
- Snížení motility, sekrece trávicích šťáv
- Ochablost bránice-hiátová hernie
- Změny střevních klků, redukce myenterického plexu, častá bakteriální dysbalance
- Snížená vnímavost receptorů rekta na náplň, snížení tonu svěrače

# Změny žlučníku, jater, pankreatu

- Žlučník a žlučovody ztrácejí elasticitu, tonus, motilita zpomalena, odtok žluči rovněž
- Snížena koncentrační a evakuační funkce žlučníku
- Atrofie pankreatu, snížení exkreční a sekreční funkce, aktivity enzymů
- Játra- snížena hmotnost a aktivita mikrosomálních enzymů – zpomalení biotransformace léčiv
- Zvýšená citlivost jater na hypoxii a hypotenzi

# Změny močového systému

- Snížení glomerulární filtrace od 40 let o 1ml /min/rok
- Snížené clearans kreatininu, sérová hodnota stoupá
- Snížení koncentrační a reabsorpční schopnosti ledvin ( Na , H<sub>2</sub>O ) zvýšení tendence k dehydrataci

# Eliminace léků

- Nad 70 let snížení clearance o 30-50%, zhoršení tubulárních funkcí
- Nebezpečí toxického působení-aminoglykosidová ATB, atenolol, digoxin, NSA, ranitidin, prokainamid, inhibitory ACE

# Změny pohlavních hormonů

- Ženy- zvýšení testosteronu
- Snížení estronu, estradiolu, progesteronu, androsteronu.
- Muži- zvýšení dihydrotestosteronu, estronu, estradiolu, snížení testosteronu, dehydroepiandrosteronu

# Štítná žláza

- Pokles hmotnosti, fibrotické změny, atrofie parenchymu
- Pokles akumulace jodu, snížení tvorby a sekrece hormonů, roste počet koloidních uzlů



# Krvetvorný systém

- Úbytek kostní dřeně, snížení bohatosti buněk
- Ztráta funkční rezervy kostní dřeně-zpomalena reaktibilita na hypoxii
- Zpomalení erythropoezy
- Snížení aktivity leukocytů a fagocytozy
- Zvýšení tendence destiček k agregaci
- Snížení fibrinolytické aktivity-tendence k hyperkoagulaci

# Imunitní systém

- **Funkční poruchy - IMUNOSENESCENCE**
- Pokles proliferace a transformace imunkompetentních buněk
- Pokles rychlosti tvorby protilátek
- Tvorba autoprotilátek

# Pohybový aparát

- Degenerace hyalinní chrupavky kloubu, snížení elasticity, pevnosti, reaktivní změny subchondrální kosti, periartikulární tkáně, omezení kloubní pohyblivosti
- Pomalý, postupný úbytek celkové kostní hmoty, úbytek kortikální kosti 3-5% za dekádu. Trabekulární kosti- probíhá pomaleji
- Stařecké změny chůze – prodloužení odrazové a zkrácení švihové fáze kroku, zkrácení délky kroku
- Úbytek svalové hmoty o 40% nad 85 let

# Změny CNS

- Změny v neuronech: ztráta neuronů, degenerativní změny, hromadění lipofuscinu, změny neurofibril
- Změny extracelulárně: depozita amyloidu a pigmentu obsahující železo, senilní plaky
- Změny v mozkových cévách
- Změny v neurotransmiterech
- Zhoršená adaptace, zpomalené psychomotorické tempo , zhoršení posturálních reflexů
- Poruchy termoregulace

# Změny CNS

- **Důsledek:**
  - Snížená kapacita zapamatování čísel (subtest opakování čísel odzadu – WAIS-R, WMS).
  - Zhoršení ve výbavnosti detailů
  - Pozn: Vliv má zdravotní stav a IQ
  - Snížení verbální fluence
  - Používání všeobecných pojmů namísto konkrétních
  - Intruze – nesprávná odpověď, opakuje svoji odpověď na předcházející otázku

# Změny CNS

- **Důsledek:**

- Perseverace – ulpívání a rozvláčnost
- Výkon v performačním IQ (Wechsler) je nižší než ve verbálním ( krystalická versus fluidní inteligence )
- Schopnost učení nemusí být omezená
- Řešení problémů v časové tísní , vyžadujících flexibilitu a rozhodování je snížena
- Reakční čas roste s věkem , zejména složitý reakční čas (výběr z více alternativ + rychlost)
- Snížená schopnost prostorové manipulace( o 5-10% v každém deceniu)
- Snížení invence a kreativity

# Smyslové orgány

- Snížení pružnosti oční čočky, ztráta schopnosti zaostření na blízké předměty, ve stárnoucí čočce se objevují zákalky
- Porucha akomodace a vidění za šera a v noci
- Degenerativní změny vestibulárního aparátu
- Zhoršení proriocepce na DK – nižší citlivost na dotyk, vibrace a rozdíl teploty – snadné prochlazení

# Kožní změny

- Ztráta vlhkosti stratum corneum, ztráta přirozené obnovy buněk
- Postupný úbytek buněk i vaskularity hlubší vrstvy- celkové oslabení celé vrstvy
- Degenerace elastických i kolagenních vláken
- Úbytek podkožního tuku
- Snížení potních žláz
- Úbytek melanocytů ve vlasových cibulkách- šedivění



# Změny osobnosti ve stáří

- Typy osobnosti podle Reichardové (multivariační analýza)
  - **Konstruktivní osobnost** – bez obav ze stáří
  - **Závislá osobnost** – čas odpočinku, spoléhá na pomoc druhých
  - **Defenzivní osobnost** - nezávislost, pokračuje v práci
  - **Hostilní osobnost** – obviňování okolí
  - **Nenávist k vlastní osobě** – cítí se zbyteční

# Změny osobnosti ve stáří

- Typy osobnosti podle Neugartena
  - **Integrovaná osobnost** – nejpozitivnější charakterové rysy:
    - Reorganizátoři – náhrada aktivity
    - Specialisté - nejvhodnější a nejefektivnější aktivity
    - Odcizené osobnosti – zříkají se závazků bez psychických problémů
  - **Obrněná-defenzivní osobnost**
    - Zarputilí – vysoká míra aktivity jako kompenzace úpadku sil
    - Ustrnulí – co v životě ztratili
  - **Pasivně – závislá osobnost**
  - **Dezintegrovaná osobnost** – demence, psych. poruchy

# Změny osobnosti ve stáří

- Emocionální labilita
- Sebestřednost
- Ztráta jistot a klidu při změně stereotypů
- Psychosociální krize
- Syndrom prázdného hnízda
- Odchod do důchodu
- Ztráta blízkých ( i spolužáci, vzdálení známí – „ už se kácí v našem lese“ )
- Ztráta životního partnera ( idealizace )

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- Organicky podmíněné
  - Primární dysfunkce – postižený je mozek
  - Sekundární dysfunkce –extracerebrální postižení

## **Lehká kognitivní porucha ( MCI – Mild Cognitive Impairment )**

- **Nejsou tangovány denní aktivity**
- **Soběstačnost**
- **Velmi pomalá progrese**
- **12- 15% přechází do Alzheimerovy demence**

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Alzheimerova demence (AD)**
  - **Nejčastější typ demence – 50% všech demencí, 4.-5. místo v příčinách úmrtí**
  - **Atrofie neuronů proti klinicky normálnímu stárnutí mozku o 40- 80%**
  - **Spánkový lalok a hypokampus – nejvíce postiženy**
  - **Forma s časným začátkem ( před 65. rokem) - rychlá**
  - **Forma s pozdním začátkem ( po 65. roce) – pomalá progrese**

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Vaskulární demence (VD)**
  - Druhý nejčastější typ demence, rychlejší nástup než při AD, 15-20%
  - Deficit kognitivních funkcí nerovnoměrný – paměť výrazně postižena, myšlení a logika méně
  - Osobnost zachována, depresivní symptomatologie
  - Deliria

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Binswangerova choroba** -
- Drobné CMP, epi záchvaty a úbytek intelektu
- Pokles IQ, poruchy paměti a kolísání nálad
- **Multiinfarktová demence (MID)** –
- Demence vzniká důsledkem menších infarktů

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Demence s Lewyho tělísky ( Lewy body disease, LBD )**
  - Třetí nejčastější typ demence , 10-20%
  - Kolísavé postižen kognitivních funkcí
  - Demence s globálním kognitivním deficitem
  - Paranoidita, zrakové halucinace, deliria ,  
deprese



# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Frontálně – temporální demence (FTD)**
  - 5% všech demencí, začátek kolem 60. roku věku
  - Začátek nenápadný
  - Poruchy chování – hrubost, přejídání se, alkoholismus, afektivity a řeči
  - Zanedbávání hygieny

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Formy frontálně – temporální demence :**
  - Sémantická demence (SD)- Nearyho kritéria
    - Pozvolný nástup a postupné zhoršování
    - Plynulá ale bezobsažná spontánní řeč
    - Ztráta smyslu slov
    - Sémantické parafázie (slova zvukově podobná, ale jiný význam )
    - Neporušená schopnost čtení, psaní, opakování slov

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- Primární progresivní afázie
  - Nonfluentní afázie
  - Agramatizmy
  - Fonematické parafázie( záměna hlásek a slabik)
  - Semantická paměť nepostižena

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- Demence při Parkinsonově chorobě
  - 10-20% pacientů má demenci podkorového typu
    - Celková zpomalenost
    - Poruchy exekutivních funkcí
    - Obtíže ze zapamatováním a výbavností
    - Chybí korové projevy – poruchy fatických funkcí
  - Poruchy paměti
  - Zpomalené myšlení
  - Deprese, halucinace, bludy, deliriantní stavy
  - Poruchy kognice

# Parkinsonova choroba

( Morbus Parkinsoni, třaslavá obrna, „movement disorders“, hypertonicko-hypokinetický sy )

- Degenerativní porucha extrapyramidového systému , snížení dopaminu, převaha acetylcholinu
- Typicky po 50. roce , po 60 roce 1% populace

## **Etiologie**

Idiopatická – degenerace bb.subst. nigra

Cévní onemocnění mozku - CMP

Toxické – otrava např. CO, herbicidy

# Parkinsonova nemoc

## **Příznaky ( trias )**

*Třes ( klidový) počítání peněz, hnětení kuličky*

*Bradykinéze*

*Svalová rigidita*

(Posturální změny)

# Parkinsonova choroba

- Stádia
- **Preklinické období**
  - Počet dopaminergních receptorů klesá, ale stále kompenzace ( 3-5 let )
- **Časně příznaky**
  - Dopamin na 20 % normy
  - Bolesti kloubů a svalů, změna rukopisu , deprese
- **Pozdní komplikace**
  - Dyskinézy
  - Kognitivní dysfunkce
  - Poruchy stoje a chůze
  - Vegetativní poruchy – sialorrea, seborrhoea, hyperhydrosis

# Parkinsonova choroba

- Bradykinéze, akinetický freezing, hesitace, pulse, akinetická krize
- Tangovaná jemná motorika ruky
- Bradybázie, chůze v předklonu
- Ztráta posturálních reflexů svalů,
- Svalové spasmy
- „Příznak fiktivní podušky“
- Bolesti svalů a kloubů
- Poruchy řeči a polykání
- Faciés oleosa, ztráta mimiky
- Poruchy GIT – dysfágie, obstipace ( 70%),incontinence
- Ortostatická hypotenze



# Psychické poruchy ve vyšším věku

- Symptomatické demence
  - Demence infekční etiologie - AIDS
  - Metabolické demence – Wilsonova choroba
  - Demence při prionových nemocech – Jacob-Creutzfeld
  - Demence při endokrinních nemocech – hypothyreóza
  - Alkoholická demence

**CAVE ! Odlišit od deprese – depresivní pseudodemence**

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- Deliria

  - S demencí**

    - Mnesticke funkce jsou postizeny globálně
    - Bludy obsahově vágní
    - Neproduktivní stereotypní projev
    - Deliria

  - Bez demence**

    - Aktivní
    - Bludy paranoidně –persekuční
    - Krátkodobá paměť a všípivost je narušena
    - Dlouhodobá paměť nebývá poškozená

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Rizikové faktory sebevražedného chování (Cattel, 2000)**
  - 1. vysoký věk ( soubor mužů nad 75 let)
  - 2. mužské pohlaví
  - 3. osamocený
  - 4. ztráta blízké osoby
  - 5. psychické onemocnění
  - 6. fyzická choroba ( chron. bolest)
- **Rizikové symptomy** : insomnia, ztráta hmotnosti, pocity viny, hypochondrie

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Pseudoneurastenický syndrom**
  - Důsledek aterosklerózy mozkových cév :
  - Bolesti hlavy
  - Závratě
  - Poruchy spánku
  - Lakrimozita
  - Emoční labilita
  - Pocit únavy
  - Stížená výbavnost
  - Egocentrismus
  - Hypochondrizace

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Psychózy**
- **Paranoidní psychózy** – 2%
- **Parafrénie**
- **Diogenésův syndrom** ( Macmillan, Shaw, 1966) mezi 60.-90.rokem
- Hromadění špíny a smetí v domácnosti( syllogomanie)
- Zanedbávání sebe , zpustnutí
- Nekritičnost
- Izolace
- Odmítání pomoci
- Podezřívavost
- Agresivita
- Euforie

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Deprese**

- *Důsledek* :

- Organického poškození

- Neutěšených psychosociálních podmínek

- CAVE ! Atypický průběh !**

- Chybí exprese smutku, přítomna somatizace ,  
pseudodemence

- 50% depresí ve vyšším věku není  
rozpoznaných ( Kolibáš, 1996 )

# Úspěch léčby

- Soběstačnost pacienta
- Zlepšení psychického či tělesného komfortu( zákl. choroba nemusí být vyléčena)
- Zabránění tzv. sociální smrti (nezemřít sociálně a psychicky)
- Pacient zůstává platným členem společenství a pokračuje ve svých společenských rolích

Medicína neumí zabránit stárnutí, ale může zabezpečit důstojnost stáří a jeho kvalitu. Poslední týdny života mohou být prožity bez fyzické bolesti, v relativním fyzickém a psychickém komfortu. To by mělo být jednou z hlavních rolí geriatric.



# Doporučená literatura

- Stuart-Hamilton,I.: Psychologie stárnutí. Portál , 1999
- Gruss,P.: Perspektivy stárnutí. Portál, 2009
- Wiliamson,G.M.Schulz,R.: Physical illness and symptoms of depression among elderly outpatients. Psychology and Aging 7, 343- 351.
- Koukolík,F., Jirák,R.: Diagnostika a léčení syndromu demence . Grada , 1999
- Jacoby,R.,Oppenheimer,C.: Psychiatry in the Elderly.Oxford University Press, NY , Third Edition,2002

# Doporučená literatura

- Baštecký : Psychosomatická medicína .Grada , 2002
- Poněšický: Neurózy, Psychosomatická onemocnění a Psychoterapie. Triton,2002
- Danzer: Psychosomatika. Portál, 2001
- Vymětal: Lékařskápsychologie.Portál,2003
- Kebza: Psychosociální determinanty zdraví.Avicenum 2005
- Křivohlavý: Psychologie zdraví.Portál 2001
- Křivohlavý: Psychologie nemoci.Grada 2002
- Heretik: Klinická psychológia.Psychoprof 2007
- Plante : Současná klinická psychologie.Grada 2001

# Chronická bolest ve stáří, diferenciální diagnostika

.

# Chronická bolest

1. Vzniká podrážděním nociceptorů- volná nervová zakončení ( polymodální, mechanoreceptory)
2. Myelinizovaná a nemyelinizovaná vlákna
3. Zadní kořeny míšní
4. Traktus spinothalamicus a spinoreticularis
5. Thalamus, retikulární formace, gyrus postcentralis

# Chronická bolest

- % bolesti stoupá s věkem
- Trpí jí 90- 95% seniorů nad 65 let
- Častěji se vyskytuje u žen
- Věk +75 let – chronická bolest u 62% ( studie s 5000 resp.Elliot et al.1999)
- 70% seniorů v ústavní péči
- 2/3 z nich nemají adekvátní péči (centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů FN Motol – J. Kozák)

# Bolest

- Fyziologická reakce organismu na škodlivé stimuly
- Nepříjemná sensorická a emoční zkušenost spojená se skutečným nebo potenciálním tkáňovým poškozením (WHO , IASP – Mezinárodní společnost pro studium bolesti)
- Bolest je vždy subjektivní

# Důsledky chronické bolesti u seniorů

- **Somatické**
  - Pokles v SDL ( Activities of Daily Living)
  - Snížení mobility a soběstačnosti
  - Poruchy spánku
  - Nechutenství
  - Alterace imunity
- **Psychické a kognitivní**
  - deprese (až 50%)
  - Anxieta
  - Zhoršení kognitivních funkcí
  - Suicidální tendence ( 19%)
  - **Sociální**
    - Sociální závislost a izolace
    - Opuštění sociálních aktivit (42%, Reid et al. 2005)

# Nejčastější příčiny bolesti pohybového aparátu ve stáří

- osteoartroza
- osteoporóza skeletu
- revmatoidní artritida
- vertebrogenní algický syndrom v důsledku degenerativních změn
- osteomalacie
- nádorová postižení - meta procesem kostí



# Kloubní bolest

- synoviální membrána- bohatá inervace s neurotransmitery-substance P,, kalcitonin, podobná inervace- kloubní pouzdro, ligamenta, šlachy, fascie a periost, nikoliv chrupavka
- podněty z kloubů nocicepce - nerv. vlákna A alfa, beta, A delta a C do zadních rohů míšních
- při zánětu- C - bolestivé podněty i v klidu

# Revmatoidní artritida

- Bolest - ze zánětu nervů, destrukce kosti, chrupavky s narušením periostu-bohatá inervace
- bolestivé signály-přenos myelinizovanými vl. A(alfa a delta)-rychlý přenos, bolest intenzivní, ostrá
- vl. A delta a nemyelinizovaná vl.C-pomalejší přenos, bolest mírnější, tupá
- mediátory zánětu- prostaglandiny působící lok. a v CNS

# Osteoartroza

- Incidence- 60-74 let - muži 6%, u žen v 9%
- nad 75 let- 11% osob
- primární- bez známé etiologie
- sekundární-trauma, kongenitální abnormity, zánětlivé kloubní změny
- ztráta nebo erozí chrupavky způsobuje bolest a ztuhlost
- omezení pohybu v kloubu, deformity, nestabilita postižených kloubů

# Bolesti zad

- **Incidence** : jednou za život 85% pacientů v průmyslových zemích ( bederní páteř)
- **Prevalence** :zvyšuje se postupně do 65. roku, později se snižuje - ?
- Nejčastější příčina pracovní neschopnosti
- **Psychosociální etiologie** :
- Stres
- Úzkostné poruchy (95%)
- Deprese
- Abusus alkoholu ( 94%)
- Pozn: zdá se , že úzkostné poruchy a nadužívání alkoholu často bolesti zad předchází

# Bolesti zad

- Příčiny mechanické: svalový spasmus, stlačením nebo deformací pojivových tkání
- akutní prolaps ploténky
- degenerativní osteoartritida, spondylolýza, spondylolistéza
- příčiny nemechanické -spondylitida, revmatoidní artritida, benigní nebo maligní nádory, infekce páteře, nefrolithiasa, cholelithiasa

# Bolesti zad

- **CAVE ! Psychosociální bolesti zad**
  - Nižší socioekonomický status – vyšší podíl žen , např. studie Dostála (1991)
  - Nespokojenost se zaměstnáním ( až 2x)- Neradílek ( 2006)
  - Neuspokojivá sociální opora – častěji u chronických pacientů (Baštecká, 2003)
  - Neuspokojivá rodinná situace

# Bolesti zad

- Osobnostní charakteristiky
  - Vnímat bolest je člověku vrozená ( 2-3% téměř necitliví k bolesti)
  - Stres, anxieta – nárůst svalové tenze , narušení nervosvalové koordinace
  - Distress a špatné hodnocení vlastního zdravotního stavu zvyšují riziko chronicity 3x ( Höschl, 1999)
  - Hostilní chování

# Bolesti zad

- Základní rysy pacienta trpící chron. bolestí
- (Sullivan, Reesor , Mikhail, 1992)
  - *Neuroticismus* – menší schopnost odolávat stresu a snášet bolest
  - **Senzitizers x Represors** – bojují s bolestí a později tolerance a smíření x popírají bolest a později úzkost a strach
  - *Augmenters x reducers* – zveličují x bagatelizují
  - Hysterické rysy – zaměření na kvalitu a intenzitu, agravace, vyžadování pozornosti a manipulace s personálem
  - **Hysterická neuróza** – bolest je konverzním symptomem
  - *Nízká hladina sebevědomí* – bolest též konverzní symptom – „Co já bych všechno dokázal, kdybych neměl bolavá záda !“



# Bolesti zad

– *Hypochondrický syndrom :*

a) *typ patofilní – vyžívá se v potížích*

b) *typ patofóbní – mající strach z potíží*

- Koncentrace na orgány, jejich funkce
- Úzkostné sebepozorování
- Obava z nemoci
- **Etiologie :**
- Faktory psychogenní, organické, endogenní, somatické
- **Teorie :**
- Psychodynamická
- Life- span theory

# Bolesti zad

## – Optimismus

a) **dispoziční ( Scheier )** – tendence očekávat pozitivní výsledky událostí

b) **explanační ( Seligman)**- za úspěch mohu já, za neúspěch moje okolí

### **Dále hrají roli :**

- Hardiness
- Sence of coherence
- Self-efficacy
- Locus of control

# Bolest zad

- Další faktory ve vztahu k vnímání bolesti
  - Kulturní hodnoty , národnostní rozdíly
  - Výchova , ranná zkušenost
  - Učení – imitací, podmiňováním
  - Pain behavior – výhody z nemoci

# Bolesti zad

- Recidivy :
- Staré osoby – protrahované onemocnění
- Nižší reparační schopnost
- Sociálně –ekonomické důsledky
- Recidiva u 85% nemocných
- Kromě staré populace jsou nejčastěji postiženou skupinou muži 25 - 44 let

# Vyšetřování

- RTG snímek
- izotopové vyšetření kostí
- CT, MRI
- revmatologické vyšetření-laboratorní
- densitometrické vyšetření

# Osteoporóza skeletu

- Nejčastější onemocnění skeletu  
po artróze = druhou nejčastější příčinou  
onemocnění pohybového aparátu
- symptomatická forma s frakturami obratlů -  
20-30% žen nad 65 let

# Patogeneze

- Osteoporóza
- snížení obsahu kostní hmoty na jednotku objemu kosti pod normu odpovídající věku a pohlaví
- poměr mineralizované a nemineralizované části je zachován

# Etiologie

- Pokles produkce estrogenů-inhibice resorpce kosti účinkem na osteoblasty a potlačení inhibice kostní resorpce zprostředkované parathormonem
- nedostatečný přísun vápníku v potravě
- kombinace nedostatku vitamínu D vápníku- kombinace osteoporózy a osteomalácie



# Osteoporóza postmenopauzální

- Věk nemocných 50-70 let
- Kostní úbytek trabekulární kost
- Rychlost úbytku rychlá
  
- Mechanismus převažuje osteores.
- Fraktury obratle, zápěstí
- Pohlaví M:Ž 1:6

# Osteoporóza involuční

- Věk nemocných 70 let a více
- kostní úbytek trabekulární i kortikální kost
- rychlost úbytku pomalá, stálá  
dlouhodobá, trvalá  
snížená novotvorba kosti
- fraktury obratle, humerus, krček  
pohlaví M:Ž 1:2

# Sekundární osteoporóza

- Endokrinopatie -Cushingův syndrom, hypertyreosa, hyperparatyreosa, hypogonadismus
- Onemocnění ledvin, jater
- Nádorová onemocnění-myelom, hemoblastózy, metastázy solidních tumorů
- Léčba kortikoidy, tyroxinem, antacidy obsahující hliník


# Klinický obraz

- Necharakteristické bolesti - léčeno často analgetiky, NSA, někdy až opiáty bez zjištění pravé etiologie
- asymptomatický průběh
- fraktury
- při fraktuře-prudké bolesti, paravertebrální kontraktury

# Strategie prevence a terapie

- Sledování rizikových faktorů-alkohol, kouření, nedostatek estrogenů, nedostatek fyzické aktivity, nízký příjem vápníku, bílé etnikum, ženské pohlaví, pokročilý věk
- při přítomnosti rizikových faktorů - minerální denzita kostí
- postmenopauzálním ženám vysvětlit riziko a vhodnost léčby estrogeny
- doplnit terapii fyzikální léčbou
-

# Kvalita života

- Multidimenzionální a subjektivní charakter
- Neexistuje jednotná definice
- Je vymezena účelem měření , v určitém kontextu projektu
- Hledání faktorů a jejich interakcí 

## **Kvalita života**

- 50. léta USA ( J.F. Kennedy)
- 1968 v Evropě ( Švýcarsko – nevládní org.)
- Definice zdraví WHO

# Filozofická reflexe pojmu kvality života

- Zdraví , nemoc, kvalita života - obsahují všechny filosofické systémy
- **Sofisté** – pohled zaměřený na člověka
- **Demokritos** – pocit **subjektivní** pohody. „Pocit štěstí nezáleží na tom, co se kolem nás děje, ale na našem postoji“.
- **Sokrates** – svědomí, morálka
- **Aristoteles** – „eudaimonia“ - „well - being“ .  
Eudamonická teorie kvality života x hedonismus ,  
Pro naplnění smyslu života je důležitá činnost.

# Filozofická reflexe pojmu kvality života

**Platon** – 3 oblasti zacílení života :

- Dobro
- Krása
- Pravda

**Stoická filosofie** – kontext společenského dění, podvolení se řádu světa. „Když chceš, nemusíš být s ničím nespokojený“.

**Epikuros** – zbavit se strachu a mít radost ze života

**Křesťanství** – A. Aurelius, T. Akvinský



# Filozofická reflexe pojmu kvality života

**17. století – Descartes**

Spinoso

Leibnitz

**18. století - I. Kant**

– smyslem života je život sám

– štěstí a seberealizace

**19. století – J. S. Mill**

- honba za požitky

F. Nietzsche

# Filozofická reflexe pojmu kvality života

## **20. století –**

- utilitarismus
- pragmatismus
- pozitivismus - konzumerismus

**Jan Patočka** – přirozený svět

**21. století** - celonárodní šetření v USA a Evropě

zákon stupňující se spotřeby

# Dimenze kvality života

- **Psychologické dimenze kvality života**
- 1. sebedůvěra
- 2. osobní růst
- 3. účel života
- 4. začlenění do života
- 5. samostatnost – autonomie
- 6. vztah k druhým lidem

# Metodologické problémy

1. Je možné měřit kvalitu života kvantitativními metodami?
2. Jaký typ veličiny měřit?
3. Jak kvalitu života zjišťovat? Je vhodné registrovat nepřítomnost symptomů, nespokojenost nebo pozitivní ukazatele?
4. Jakou validitu mají dotazníky kvality života?
5. Používat dotazníky nebo inventáře kvalitativních přístupů nebo obě metody kombinovat?
6. Proměnlivost faktorů kvality života v různých věkových skupinách
7. Nedostatek longitudinálních, etnografických a přirozených studií, nedostatečná validita testů

# Metodologické problémy

8. Neexistuje determinální, kauzální relace mezi různými aspekty pojmu kvality života. Existuje pouze statistická korelace.
9. Metodologicky uchopit kvalitu života není možné jednorázovým měřením dotazníkem
10. Mnoho měření kvality života nepracuje s pojmy očekávání a prožívání
11. Současná měření nám neumožňují zjistit, ve kterém bodě individuální trajektorie nemoci bylo měření uskutečněno
12. S pojmem kvalita života je nutno pracovat jako s dynamickým konstruktem. Proces konstrukce a rekonstrukce hodnotového systému a očekávání

# Faktory ovlivňující kvalitu života

## **Osobnostní faktory ovlivňující kvalitu života**

- osobnost jako celek
- hodnoty, hodnotový systém
- tělesné sebepojetí (Body Image)
- zvládání ( Coping)
- smysl pro integritu „Sense of Coherence“ (SOC)
- osobnostní odolnost (Hardiness, Resilience )
- lokalizace kontroly ( locus of control, LOC)
- důvěra ve vlastní schopnosti (self – efficacy)

# Co bylo cílem studie ?

## Obecné cíle

- Biopsychosociální a spirituální přístup v medicíně a psychologii
- Poznání skutečných potřeb a hodnot pacientů
- Poznání jejich osobnostních a psychosociálních charakteristik
- Poskytnutí námětů pro zkvalitnění léčebné péče

# Co bylo cílem studie?

## Konkrétní cíle:

- Sledování a porovnávání vybraných domén kvality života postmenopauzálních žen s dg. osteoporózy, osteopenie a LBP před terapií a po ní s kontrolní skupinou v odstupu dvou let
- Sledování dopadu vybraných osobnostních a sociodemografických vlivů na kvalitu života
- Zjistit reliabilitu Pražského dotazníku spirituality



# Hypotézy

- H1: Ženy s dg. osteoporózy a LBP** hodnotí subjektivně vnímanou kvalitu života před terapií ve všech položkách domény zdraví hůře nežli ženy s osteopenií a ženy zdravé
- H2: Ženy s dg. osteoporózy a LBP** hodnotí subjektivně vnímanou kvalitu života po dvouleté intenzivní terapii lépe nežli ženy s osteopenií a ženy zdravé

# Hypotézy

- H3: Ženy s dg. LBP** hodnotí kvalitu života v dimenzi zdraví po dvouleté intenzivní terapii hůře nežli ženy s osteoporózou
- H4: Ženy s vyšším vzděláním** hodnotí celkovou kvalitu života lépe nežli ženy s nižším vzděláním
- H5: Ženy s lepším hmotným zabezpečením** hodnotí kvalitu života lépe

# Hypotézy

- H6: Ženy s osteoporózou** vykazují nejvyšší míru depresivity, neuroticismu a nervozity ve srovnání s ostatními testovanými skupinami
- H7: Pražský dotazník spirituality** je reliabilním nástrojem měření ve skupině starších žen

# Projekt výzkumu

Výzkum probíhal v letech 2004 – 2006 v centrech Zlín a Brno

- Dotazník kvality života SQUALA
- Freiburský osobnostní dotazník (FPI)
- Pražský dotazník spirituality ( PSQ 30)

# Kompletnost údajů -SQUALA

## Počty dotazovaných žen u Dotazníku kvality života SQUALA

		skupina				Celkem	
		travé žer	LBP	osteopenie	osteoporóza		
kompletnost 04 a 06	ne	n	9	6	6	15	36
		%	19,1%	14,0%	13,3%	28,8%	19,3%
ano	n	38	37	39	37	151	
	%	80,9%	86,0%	86,7%	71,2%	80,7%	
Celkem	n	47	43	45	52	187	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

# Komplexnost údajů - FPI

## Kompletnost údajů FPI u jednotlivých skupin žen

		skupina				Celkem
		pravé žer	LBP	steopenisteoporó	steoporó	
Kompletnost FPI	n	10	16	11	30	67
	%	21,3%	37,2%	24,4%	57,7%	35,8%
ano	n	37	27	34	22	120
	%	78,7%	62,8%	75,6%	42,3%	64,2%
Celkem	n	47	43	45	52	187
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

# Komplexnost údajů – PSQ 30

- V roce 2004 - kompletní vyplnění 134 z 186 (72%)
- V roce 2006 – ve výzkumu zůstalo pouze 147 žen a z nich 106 žen ( 72,1%) kompletně vyplnilo dotazník.
- V obou letech – kompletní vyplnění pouze 80 žen( 43 % původního souboru)

# Demografické charakteristiky

## Věkové složení souboru vyšetřovaných žen

skupina	m	n	s
zdravé ženy	61,50	38	5,07
LBP	63,67	33*	5,59
osteopenie	62,31	39	4,95
osteoporóza	59,86	37	6,60
Celkem	61,79	147	5,68

\* 4 ženy neuvedly přesný věk



# Demografické charakteristiky

## Rodinný stav vyšetřovaných žen

			skupina				Celkem
			zdravé ženy	LBP	osteopenie	osteoporóza	
Stav	vdaná nebo žije s druhem	n	21	16	22	10	69
		%	60,0 %	48,5 %	57,9 %	27,0 %	48,3 %
	ostatní	n	14	17	16	27	74
		%	40,0 %	51,5 %	42,1 %	73,0 %	51,7 %
Celkem		n	35	33	38	37	143
		%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Dg. osteoporóza - rozvedené nebo vdovy (73%)

Dg. LBP - rozvedené nebo vdovy (51,5%)

Zdravé ženy - rozvedené nebo vdovy (40%)

# Kvalita života seniorů

- Diagnostické jednotky v premeniu a seniui (menopauza)
- Změny osobnosti a sociální role
- Specifika měření kvality života seniorů
- Nástroje hodnocení postmenopauzálních žen

# Demografické charakteristiky

## Věkové složení souboru vyšetřovaných žen

skupina	m	n	s
zdravé ženy	61,50	38	5,07
LBP	63,67	33*	5,59
osteopenie	62,31	39	4,95
osteoporóza	59,86	37	6,60
Celkem	61,79	147	5,68

Celkem bylo vyšetřováno 147 žen, průměrný věk 62 roků

\* 4 ženy neuvedly přesný věk

# Demografické charakteristiky

## Vzdělání

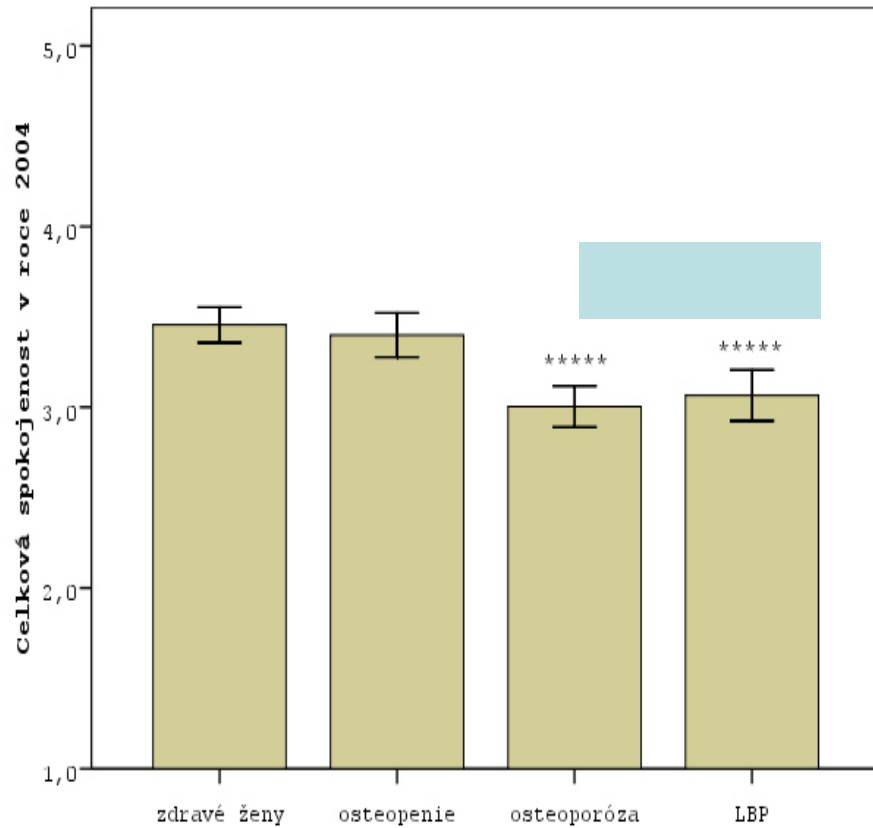
- Ve všech čtyřech skupinách vykazovaly v nejvyšším procentu základní vzdělání
- Druhý nejčetnější soubor tvořily ženy se středoškolským vzděláním

Demografické údaje

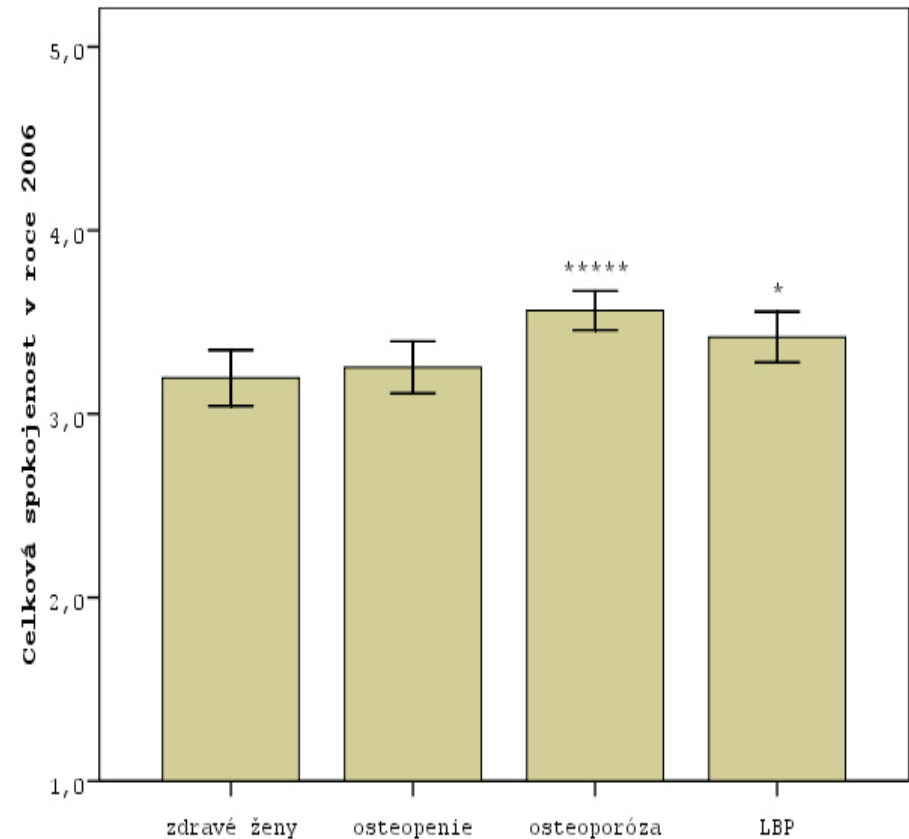
## Hmotné zabezpečení

- Ve všech čtyřech skupinách bylo většinou hodnoceno jako „mírně podprůměrné“
- Dg. osteoporóza – hmotné zabezpečení výrazně podprůměrné v 8,1%

# Celková spokojenost

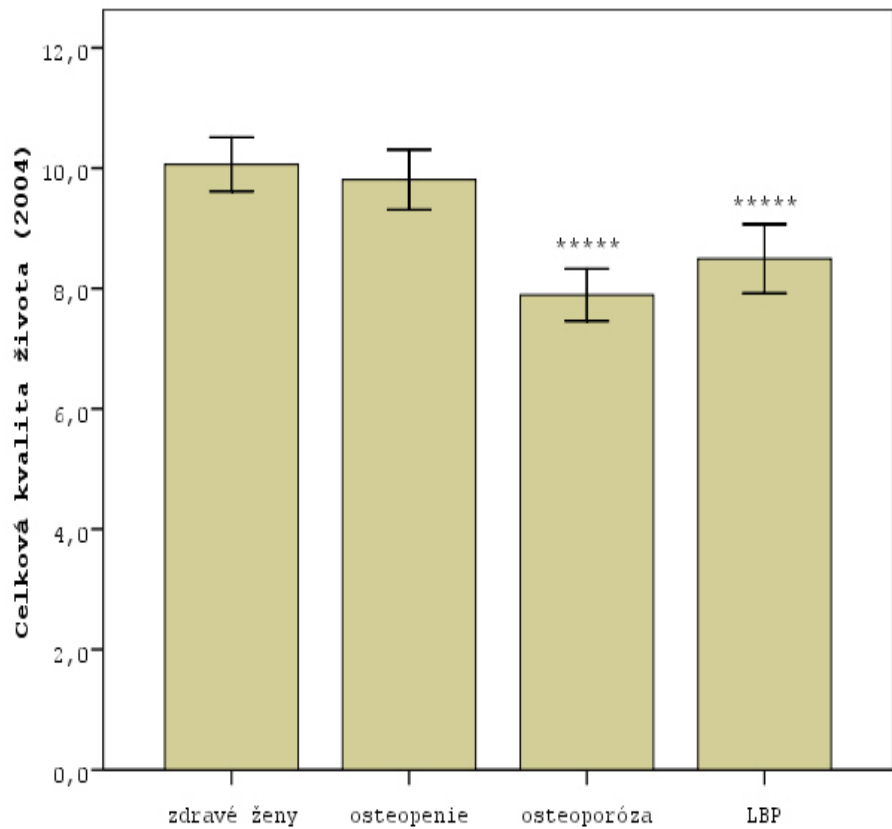


2004

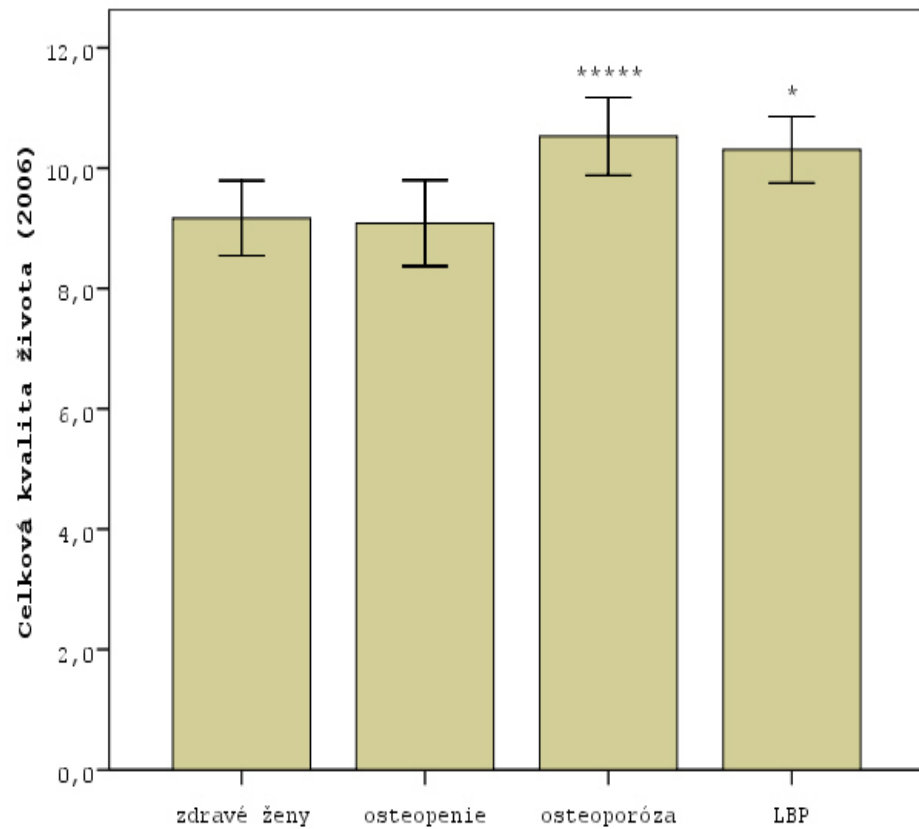


2006

# Celková kvalita života



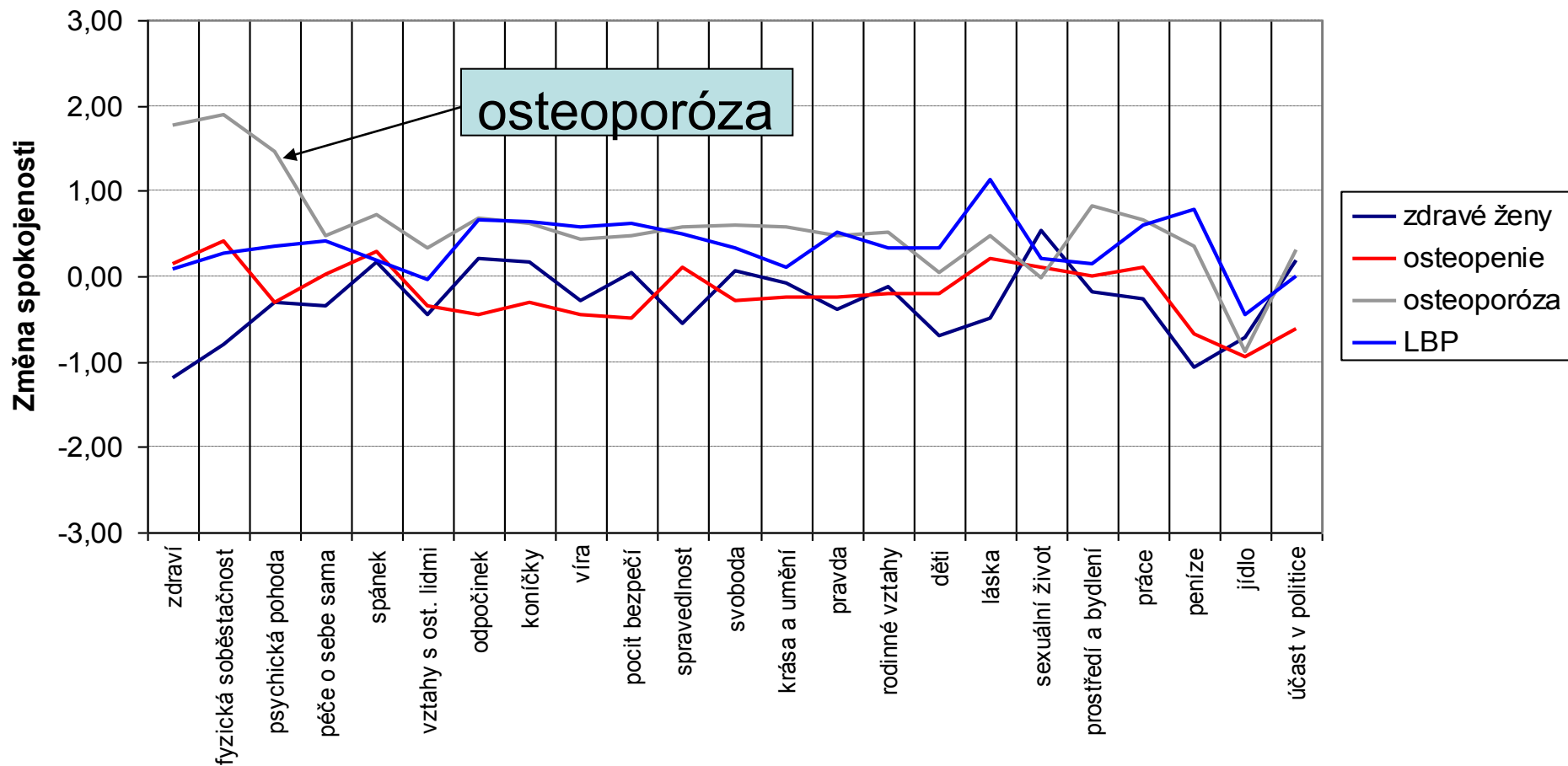
2004



2006

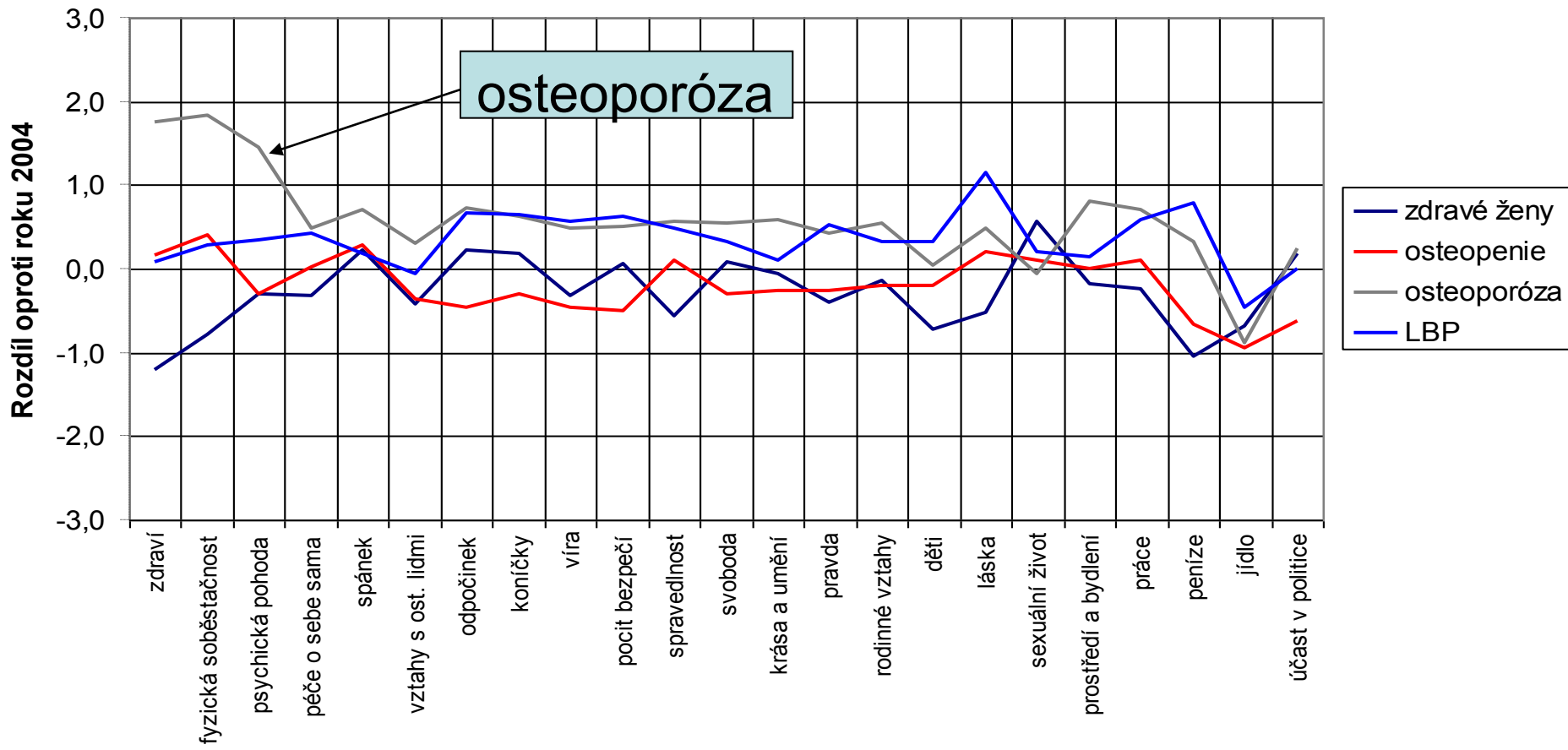
# Spokojenost 2006 – změna oproti 2004

## Spokojenost (změna oproti roku 2004)



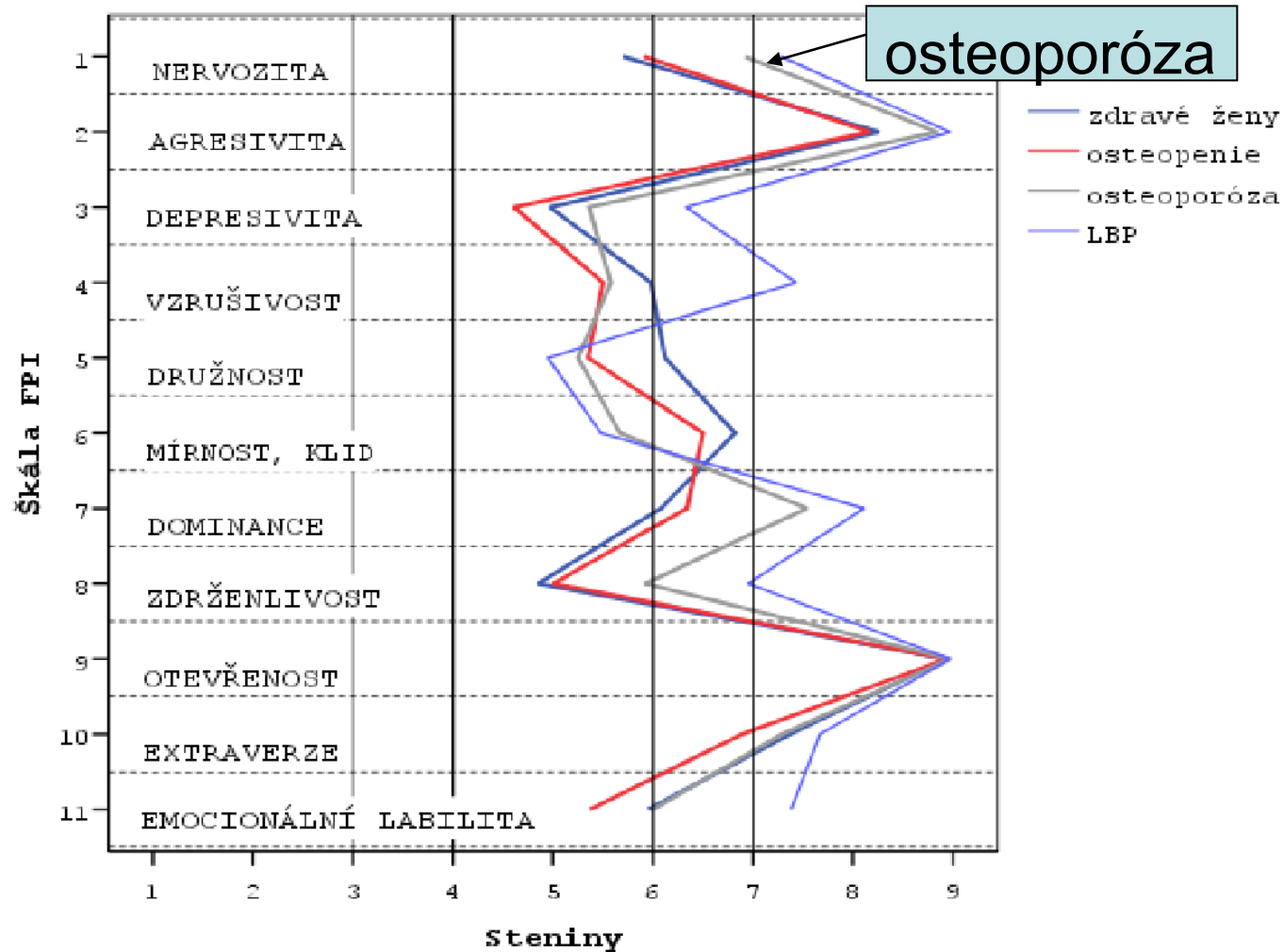
# Kvalita života – změna oproti 2004

## Kvalita života (změna oproti roku 2004)





# Srovnání osobnostních profilů dg. žen



# Závěr

## Předmět výzkumu

- Vybrané domény kvality života a spokojenosti postmenopauzálních žen s dg. osteoporóza, LBP a osteopenie před terapií a po ní v odstupu 2 let s cílem zjistit, které položky jsou léčbou ovlivněny
- Dopady vybraných osobnostních a sociodemografických vlivů na subj. obraz kvality života
- Vedlejší cíl práce: zjištění reliability Pražského dotazníku spirituality

# Závěr - výsledky

- Ženy s dg. osteoporóza a LBP hodnotí před terapií celkovou QOL, celkovou spokojenost a QOL v položkách zdraví hůře než ženy zdravé.
- Ženy s dg. osteoporóza a LBP hodnotí QOL po 2-leté léčbě lépe, nežli ženy zdravé
- Ženy s dg. LBP hodnotí QOL v dimenzi Zdraví hůře, nežli ženy s osteoporózou
- Neprokázáli jsme vliv hmotného zabezpečení, vzdělání ani rodinného stavu na QOL
- Ženy s dg. osteoporózy vykazují nejvyšší míru depresivity , neuroticizmu a nervozity

# Kvalita života - makroúroveň

- Přírodně sociální problémy
  - Ekologické, surovinové, energetické
- Antroposociální problémy
  - Problém absolutní chudoby, drog, epidemií, mutace chřipkových virů
    - ( pětina obyvatelstva konzumuje 90 % světových přírodních zdrojů, 1/3 pracovní síly je bez práce)

# Kvalita života

- **Index lidského rozvoje**

1. lidské zdraví
2. úroveň vzdělanosti
3. hmotná životní úroveň

( Human Development Report – ČR 32. místo  
ze 175 hodnocených zemí světa)

© Original Artist  
Reproduction rights obtainable from  
[www.CartoonStock.com](http://www.CartoonStock.com)



search ID: jfa1910

I just came from our stock broker.  
Our quality of life has just improved!