

Hodnocení kvality života, úzkosti a deprese u seniorů s kardiovaskulárním onemocněním

(An assessment of quality of life, anxiety, and depression of the senior citizens with cardiovascular disease)

Katka Bobčíková, Radka Bužgová, Radka Kozáková, Renáta Zeleníková

Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta Ostravské univerzity, Ostrava

ARTICLE INFO

Historie článku:

Vložen do systému: 2. 9. 2022

Přijat: 28. 9. 2022

Dostupný online: 24. 7. 2023

Klíčová slova:

Deprese

Kardiovaskulární onemocnění

Komunita

Kvalita života

Senior

Úzkost

SOUHRN

Cíl: Cílem této průřezové studie bylo vyhodnotit kvalitu života, úzkost a depresi u seniorů s kardiovaskulárním onemocněním, kteří žijí v komunitě, a zjistit jejich souvislost se subjektivním hodnocením zdravotního stavu a s tím, zda senior žije v domácnosti sám. Také byla zjišťována souvislost s pohlavím a věkem.

Metodika: Kvalita života byla hodnocena pomocí nástroje Older People's Quality of Life – Brief version (OPQOL-BRIEF), pro hodnocení úzkosti byl použit Inventář geriatrické úzkosti (GAI) a pro hodnocení deprese Geriatrická škála deprese (GDS-15). Kritériem pro zařazení do výzkumného souboru byl věk nad 60 let, jedinec s kardiovaskulárním onemocněním v anamnéze žijící v soukromé domácnosti, bez diagnózy demence, se schopností vyplnit dotazník v českém jazyce.

Výsledky: Výzkumný soubor byl tvořen 639 respondenty, z toho bylo 74,2 % žen. Průměrný věk ve výzkumném souboru byl 72,9 roku (min. 60, max. 94) a 56,7 % respondentů žilo s manželem či partnerem nebo s dětmi. Průměrné skóre kvality života bylo 53,7 (min. 25, max. 65), průměrné skóre úzkosti bylo 4,9 (min. 0, max. 20), a průměrné skóre deprese 3,3 (min. 0, max. 15). Ženy udávaly statisticky významně lepší kvalitu života ($p = 0,0001$). Lepší kvalita života byla spojena s lepším subjektivním hodnocením zdravotního stavu ($r = 0,439$; $p < 0,01$), klesajícím skóre deprese ($r = -0,526$; $p < 0,01$), klesajícím skóre úzkosti ($r = -0,342$; $p < 0,01$) a mladším věkem respondentů ($r = -0,166$; $p < 0,01$). U seniorů, kteří žili v domácnosti samostatně, bylo zjištěno statisticky významně vyšší skóre deprese ($p = 0,028$).

Závěr: Kvalitu života seniorů ovlivňuje celá řada aspektů, jejichž znalost je důležitá pro efektivní cílení programů určených pro seniory v komunitě. Z hlediska zlepšení kvality života seniorů s kardiovaskulárním onemocněním žijících v komunitě se jako efektivní jeví programy zaměřené na zlepšení celkového zdraví a intervence vázané na zmírnění symptomů deprese a úzkosti.

© 2023, ČKS.

ABSTRACT

Aim: The aim of this cross-sectional study was to evaluate a quality of life, anxiety, and depression of the senior citizens with cardiovascular diseases living in the community. Their links with the subjective assessment of the state of health, with whether the senior lives alone in the household, with gender and age were also investigated.

Methods: Quality of life was assessed by Older People's Quality of Life – Brief version (OPQOL-BRIEF), the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) was used to assess anxiety and the Geriatric Depression Scale (GDS-15) was used to assess depression. The criteria for inclusion in the sample were: age over 60 years, an individual living in a private household, with cardiovascular disease, without a diagnosis of dementia, with the ability to fill out a questionnaire.

Results: The sample comprised of 639 respondents, of which 74.2% were women. The average age in the sample was 72.9 years (min. 60, max. 94), and 56.7% of respondents lived with a spouse or partner, or with children. The average quality of life score was 53.7 points (min. 25, max. 65), average anxiety score was 4.9 (min. 0, max. 20) and average depression score was 3.3 (min. 0, max. 15). Women reported a statistically significantly better quality of life ($p = 0.0001$). Better quality of life was associated with better subjective assessment of health status ($r = 0.439$; $p < 0.01$), decreasing depression scores ($r = -0.526$; $p < 0.01$), decreasing

Adresa pro korespondenci: Mgr. Katka Bobčíková, Ph.D., Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta Ostravské univerzity, Syllabova 19, 703 00 Ostrava-Vítkovice, e-mail: katka.bobcikova@osu.cz

DOI: 10.33678/cor.2022.106

Keywords:

Anxiety
Cardiovascular disease
Community
Depression
Quality of life
Senior citizen

anxiety scores ($r = -0.342$; $p < 0.01$) and the younger age of respondents ($r = -0.166$; $p < 0.01$). A statistically significantly higher depression score ($p = 0.028$) was found in senior citizens who lived alone in the household.

Conclusion: The quality of life of senior citizens is affected by a number of aspects, the knowledge of which is important for effective targeting of programs intended for senior citizens in the community. From the point of view of improving the quality of life of senior citizens with cardiovascular disease living in the community, programs aimed at improving overall health and interventions linked to the mitigation of symptoms of depression and anxiety appear to be effective.

Úvod

Vzhledem k trendu stárnutí populace, kdy starší osoby nyní tvoří až 13,5 % světové populace, usiluje i Světová zdravotnická organizace (WHO) o zkvalitňování života starších lidí. Jedná se o strategie dlouhodobé, které jsou cíleny nejen na starší jedince, ale také na jejich rodiny a komunity. Očekává se, že starších jedinců bude neustále přibývat, a je tak pravděpodobné, že kolem roku 2030 bude jedna ze šesti osob starší 60 let. Proto WHO vypracovala nový akční plán pro zdravé stárnutí, který podporuje aktivity, jež pomáhají zlepšovat jak funkční schopnosti starších osob, tak využití jejich talentu a dovedností.¹

Mortalita na kardiovaskulární onemocnění (KVO) v celé řadě evropských zemí v posledních letech klesla, celosvětově však stále zůstávají KVO hlavní příčinou úmrtí i nemocnosti.^{2,3} Riziko vzniku KVO ovlivňuje zásadním způsobem věk, kdy vysoké desetileté riziko mají muži ve věku nad 65 let a ženy nad 75 let. Česká republika také obecně spadá do zemí s vysokým rizikem KVO.³ Proto je jak léčba, tak prevence KVO absolutní prioritou. Je však třeba si uvědomit, že přínos z léčby ve smyslu získání období bez KVO je u starších osob nižší.³ Kardiovaskulární onemocnění může seniora limitovat z hlediska funkčních schopností, což se nepochybně odráží také v rovině psychosociální. Tím může být ohrožen proces zdravého stárnutí, který je spojován s optimální úrovní fungování, aktivní účastí ve společnosti, se smysluplným zapojením a také se smířením se s procesem stárnutí. Stárnutí znamená proces jak fyzických, tak psychických a sociálních změn. U starších osob roste celosvětově výskyt problémů s duševním zdravím – např. deprese s ním přímo úzce souvisí.⁴

Proto by nemělo být hodnocení kvality života a s ní souvisejících aspektů u seniorů znevažováno. Kvalita života je totiž konstruktem multidimenzionálním, ve kterém se promítá jak fyzický, tak psychosociální stav jedince. Informace, které nám může tento konstrukt poskytnout, mohou být cenné pro plánování aktivit určených pro seniory v souladu s akčním plánem pro zdravé stárnutí.

Materiál a metodika

Cílem naší studie s průřezovým uspořádáním bylo vyhodnotit kvalitu života, úzkost a depresi u seniorů s kardiovaskulárním onemocněním, kteří žijí v komunitě. Zjišťována byla jejich souvislost se subjektivním hodnocením zdravotního stavu a charakteristikami, jako je věk, pohlaví a soužití ve společné domácnosti.

Výzkumný soubor a sběr dat

Výzkumný soubor tvořilo celkem 639 respondentů, kteří v dotazníku uvedli, že se léčí s kardiovaskulárním onemocněním (např. hypertenzí, ischemickou chorobou srdeční, aterosklerózou aj.). Kritériem pro zařazení do výzkumného souboru byl věk nad 60 let, kardiovaskulární onemocnění v anamnéze, se kterým se senior aktuálně léčí, senior bez diagnózy demence, schopnost vyplnit dotazník v českém jazyce a souhlas s výzkumem. Pro účast ve studii byli oslovovali pouze senioři žijící v soukromých domácnostech v komunitě. Kritériem pro vyřazení z výzkumného vzorku byl senior žijící v zařízeních poskytujících ošetrovatelskou péči (např. domov pro seniory apod.).

Data byla sbírána od května roku 2021 do dubna roku 2022 v Moravskoslezském kraji. Dotazníky byly distribuovány přes Centrum pro prevenci a podporu zdravého stárnutí Lékařské fakulty Ostravské univerzity (LF OU), přes místní knihovny a organizace, jako jsou kluby pro seniory apod. Data byla získávána prostřednictvím standardizovaných nástrojů, dále byla získávána data o subjektivním hodnocení zdravotního stavu a sociodemografické údaje.

Kvalita života

Pro hodnocení kvality života byl použit nástroj Older People's Quality of Life – Brief version (OPQOL-BRIEF), který byl vyvinut z OPQOL-35. Skóre se pohybuje od 13 do 65 s tím, že čím je skóre vyšší, tím je také kvalita života lepší. Nástroj má potenciál hodnotit efekt zdravotních a sociálních intervencí, které mohou mít vícerozměrný dopad na život člověka.⁵

Úzkost

Úzkost byla hodnocena pomocí Inventáře geriatrické úzkosti (GAI), který čítá 20 položek. Škála byla vyvinuta pro měření dimenzionální úzkosti u seniorů, skóre nabývá hodnot 0–20. Čím je skóre vyšší, tím je také vyšší míra úzkosti. Autoři nástroje uvádějí, že pokud pacient dosáhne nad 8–9 bodů, jeho úzkost má být hodnocena jako závažnější. Pokud je skóre nad 10–11 bodů, jedná se o generalizovanou úzkostnou poruchu.⁶

Deprese

K hodnocení deprese byla použita patnáctipoložková Geriatrická škála deprese (GDS-15), kde se skóre pohybuje v rozmezí 0–15. Pacient je bez deprese, pokud je jeho skóre v rozmezí 0–5 bodů. Mírná deprese odpovídá skóre 6–10 bodů a manifestní deprese skóre nad 10 bodů. Nástroj je používán v komunitní, akutní i dlouhodobé péči.⁷

Analýza dat

Statistické analýze u kvality života, úzkosti a deprese vždy podléhaly pouze úplně vyplněné jednotlivé dotazníky. Pro

analýzu dat byla použita deskriptivní statistika, Mannův-Whitneyův test a t-test. Závislost mezi jednotlivými proměnnými byla hodnocena pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Data byla zpracována pomocí programu SPSS verze 24. Hladina významnosti byla nastavena na 5 %.

Výsledky

Výzkumný soubor byl tvořen 639 seniory s průměrným věkem 72,9 roku (min. 60, max. 94). Ženy představovaly 74,2 %, s manželem, partnerem či dětmi žilo 56,7 % respondentů. Jako dobrý svůj zdravotní stav subjektivně hodnotilo 16,4 % seniorů a přibližně 15,6 % seniorů uvedlo, že svůj zdravotní stav vnímá jako špatný nebo spíše špatný. Další charakteristiky souboru uvádíme v tabulce 1.

Průměrné skóre kvality života bylo 53,7 bodu, průměrné skóre deprese 3,3 bodu a průměrné skóre úzkosti 4,9 bodu (viz tabulku 2). Deprese (skóre ≥ 6 bodů) byla zjištěna celkem přibližně u 19 % seniorů a úzkost (skóre ≥ 8 bodů) u 27 % seniorů.

Tabulka 1 – Charakteristika výzkumného souboru		
Věk	72,9 (min. 60, max. 94)	
Pohlaví	N	%
Muži	165	25,8
Ženy	474	74,2
Rodinný stav		
Svobodný/-á	15	2,3
Ženatý/vdaná	313	49
Rozvedený/-á	93	14,6
Vdovec/vdova	218	34,1
Soužití		
Sám	248	38,8
S manželem/manželkou	315	49,3
S dětmi	47	7,4
Jiná možnost	19	3
Neuvedlo	10	1,6
Zaměstnání		
Pracuje	93	14,6
Nepracuje	542	84,8
Neuvedlo	4	0,6
Subjektivní hodnocení zdravotního stavu		
Špatný, potřebuje asistenci	11	1,7
Spíše špatný, zdravotní stav zásadním způsobem omezuje každodenní činnosti	89	13,9
Spíše dobrý, zdravotní stav zásadním způsobem neomezuje každodenní činnosti	433	67,8
Dobrý, cítí se plně zdrav/a, nevnímá omezení v každodenních činnostech	105	16,4
Neuvedlo	1	0,2
Celkem	639	100

V naší studii byly zjištěny rozdíly v kvalitě života dle pohlaví, kdy byla kvalita života statisticky významně lepší u žen v porovnání s muži ($p = 0,001$), viz tabulku 3. Nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly dle pohlaví ve výskytu úzkosti ($p = 0,073$) a deprese ($p = 0,219$). Rozdíly v kvalitě života na základě toho, zda senioři žili v domácnosti samostatně nebo s jinou osobou, také nebyly statisticky významné ($p = 0,291$). Stejně tak tomu bylo i u výskytu úzkosti ($p = 0,877$). Byl však zjištěn statisticky významný rozdíl u výskytu deprese dle soužití ($p = 0,028$), kdy senioři, kteří žili samostatně, vykazovali vyšší skóre deprese

Tabulka 2 – Skóre kvality života, úzkosti a deprese

	N	Min.	Max.	SD	Průměr
Kvalita života (OPQOL-BRIEF)	631	25	65	6,8	53,7
Úzkost (GAI)	606	0	20	5,5	4,9
Deprese (GDS-15)	574	0	15	3,2	3,3

OPQOL-BRIEF – Older People's Quality of Life – Brief; GAI – Inventář geriatrické úzkosti; GDS-15 – Geriatrická škála deprese; SD – směrodatná odchylka.

Tabulka 3 – Rozdíly dle pohlaví

	Pohlaví	N	Průměr	SD	p-hodnota
Kvalita života	Muži	162	52,2	6,8	0,001*
	Ženy	469	54,2	6,7	
Deprese	Muži	147	3,5	3,2	0,219*
	Ženy	427	3,2	3,2	
Úzkost	Muži	162	4,3	5,4	0,073*
	Ženy	444	5,1	5,6	

SD – směrodatná odchylka; * Mannův-Whitneyův test

Tabulka 4 – Rozdíly dle soužití v domácnosti

	Žije...	N	Průměr	SD	p-hodnota
Kvalita života	Sám	243	53,3	7,1	0,291*
	S někým	388	53,9	6,6	
Deprese	Sám	221	3,6	3,5	0,028*
	S někým	353	3,0	3,0	
Úzkost	Sám	232	4,8	5,5	0,877*
	S někým	374	4,9	5,6	

SD – směrodatná odchylka; * t-test.

Tabulka 5 – Korelační analýza

	Zdravotní stav	Věk	Kvalita života	Úzkost	Deprese
Zdravotní stav	1	-0,153**	0,439**	-0,224**	-0,334**
Věk	-0,153**	1	-0,166**	0,055	0,188**
Kvalita života	0,439**	-0,166**	1	-0,342**	-0,526**
Úzkost	-0,224**	0,055	-0,342**	1	0,609**
Deprese	-0,334**	0,188**	-0,526**	0,609**	1

** $p = 0,01$

(tabulka 4). Častěji se tedy deprese vyskytovala u samotně žijících seniorů.

Na základě korelační analýzy dle Spearmanova korelačního koeficientu (tabulka 5) bylo zjištěno, že lepší kvalita života souvisela s lepším subjektivním hodnocením zdravotního stavu ($r = 0,439$; $p < 0,01$). Klesající skóre úzkosti ($r = -0,342$; $p < 0,01$), dále klesající skóre deprese ($r = -0,526$; $p < 0,01$) a mladší věk respondentů ($r = -0,166$; $p < 0,01$) byl rovněž spojen s lepší kvalitou života.

Diskuse

Podle dat Českého statistického úřadu (ČSÚ) v České republice vzrostl počet seniorů ve věku 65 a více let od roku 2011 do roku 2020 o více než půl milionu, což znamená, že senioři tvoří až pětinu české populace. Do tohoto trendu samozřejmě zasáhla také pandemie onemocnění covid-19, která v roce 2020 způsobila, že meziroční nárůst počtu seniorů byl od roku 2005 nejnižší. Jednalo se o meziroční nárůst pouze o 1,3 %, zatímco v předchozích letech to bylo o 2,2–3,9 %. Ani covid-19 však nezměnil nejčastější příčinu úmrtí u osob v seniorském věku, kde stále první místo zabírají onemocnění oběhové soustavy. V roce 2020 byla kardiovaskulární onemocnění příčinou úmrtí 42,5 % seniorů. KVO jsou však v měřítku procentuálního zastoupení mezi příčinami úmrtí čtenější ve vyšším seniorském věku v porovnání s nižším.⁸

Přítomnost deprese může komplikovat optimální léčbu KVO, jelikož může snižovat dodržování léčebných opatření, zdravého životního stylu a zhoršovat rizikové faktory spojované s KVO. Proto je vhodné u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním provádět screening deprese za účelem její včasné identifikace a léčby, což by mělo obecně zlepšit výsledky pacienta v souvislosti s KVO. V české klinické praxi však screening deprese u těchto pacientů není rozšířen. Samotná prevalence deprese se liší dle typu a závažnosti KVO, např. v případě ischemické choroby srdeční, která představuje nejčastější příčinu úmrtí ve skupině KVO, se uvádí prevalence mezi 15–20 %.⁹ To odpovídá také našim výsledkům. Depresivní symptomatologii jsme zjistili u 19 % seniorů. Podle jiné studie se mohou závažné depresivní symptomy vyskytovat až u 25 % respondentů s kardiovaskulárním onemocněním.¹⁰ Deprese se v našem výzkumu statisticky významně častěji vyskytovala u seniorů, kteří žijí v domácnosti sami. Čím je také deprese závažnější, tím více může docházet ke zhoršování kvality života, a to jak v rámci fyzické, tak mentální dimenze.¹¹

Proto je podle našeho názoru velmi důležité následovat v rámci klinické praxe guidelines odborných společností související se screeningem deprese u pacientů s KVO (ovšem ne pouze u samotně žijících seniorů s KVO). Podle American Heart Association (AHA) je rutinní screening v různých prostředích doporučován u pacientů s ischemickou chorobou srdeční, AHA doporučuje také konkrétní screeningový nástroj včetně postupu.¹² V guidelines Evropské kardiologické společnosti pro prevenci KVO v klinické praxi z roku 2021 lze rovněž nalézt krátký screeningový nástroj pro screening psychické zátěže u pacientů s kardiovaskulárním

onemocněním.¹³ Doporučení pro screening zde však nejsou nijak podrobně uvedena.

Se zvýšeným rizikem ischemické choroby srdeční je spojován také výskyt úzkosti, která se může podílet na zhoršení kvality života.¹⁴ Úzkostné poruchy jsou spojeny s nástupem a také s progresí KVO a v mnoha případech také s nepříznivými kardiovaskulárními následky včetně mortality. Proto je včasná a přesná identifikace úzkostných stavů a jejich následná léčba vysoce důležitá.¹⁵ V našem výzkumu byla úzkost identifikována u 27 % seniorů s KVO. Vyšší míra úzkosti byla pravděpodobně spojena s horší kvalitou života, horším hodnocením zdravotního stavu a s vyšším výskytem deprese.

Úzkost a deprese tedy nemusejí komplikovat pouze samotnou diagnózu kardiovaskulárního onemocnění, ale mohou mít rovněž negativní vliv na kvalitu života jedince, která může mít souvislost také s rizikem KVO. Nižší fyzická kvalita života je spojována s vysokým rizikem KVO u relativně zdravých starších lidí, v kombinaci s klinickými údaji lze fyzickou kvalitu života použít také k identifikaci rizika výskytu KVO u starších jedinců.¹⁶

Jak již bylo zmíněno, proces stárnutí je spojován s řadou změn, na které se musí senior adaptovat. Změny fyzického charakteru se odrážejí v psychosociální rovině života, a změny psychosociální zase mohou vyvolat odezvu v rovině fyzické. Proces adaptace však podle našeho názoru v porovnání s mladší generací nemusí být u seniora tak rychlý a úspěšný. To určitým způsobem naznačuje, že i kvalita života by mohla souviset s věkem. V našem výzkumu se s rostoucím věkem kvalita života zhoršovala. Tato zjištění jsou v souladu se studií z Řecka, ve které bylo zjištěno, že jedinci starší 73 let s KVO v anamnéze měli významně nižší kvalitu života jak ve fyzické, tak emocionální dimenzi než jedinci s KVO ve věku mezi 66–72 lety. Statisticky významná závislost kvality života na pohlaví v této studii zjištěna nebyla,¹⁷ zatímco v našem výzkumu měly ženy statisticky významně lepší kvalitu života než muži. K rozdílným výsledkům dospěla také studie z Polska, kde byla zjištěna statisticky významná korelace mezi pohlavím a doménou fyzické zdraví a rovněž mezi pohlavím a celkovým skóre fyzické složky kvality života – muži v těchto doménách udávali lepší kvalitu života.¹⁸ Tato variabilita výsledků může být podle našeho názoru způsobena odlišnými sociodemografickými poměry v jednotlivých zemích a také volbou jiného nástroje pro hodnocení kvality života. Přesto, že některé nástroje použité v polské i řecké studii lze použít také pro starší populaci, nepokrývají tyto dotazníky na rozdíl od námi použitého nástroje žádné oblasti, které jsou pro seniory výlučně důležité.¹⁹

Naš výzkum se zaměřoval také na vyhodnocení subjektivního hodnocení zdravotního stavu seniorů. Subjektivní hodnocení zdravotního stavu může být pozitivní i navzdory onemocnění, kterým jedinec trpí. Důvodem je, že onemocnění může být dobře kompenzováno léčbou, a tím pádem nemusí automaticky jedince omezovat ve vykonávání činností. Podle ČSÚ, který ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR v roce 2019 realizoval Evropské výběrové šetření o zdraví (European Health Interview Survey,

EHIS), až 34 % seniorů hodnotilo svůj zdravotní stav jako dobrý nebo velmi dobrý. Asi 50 % seniorů subjektivně zhodnotilo svůj zdravotní stav jako ani dobrý, ani špatný a 16 % seniorů jej zhodnotilo jako špatný nebo velmi špatný. Stejně jako v naší studii, data v rámci EHIS nebyla získávána od osob žijících v různých zařízeních (např. domovy pro seniory), a jsou tak reprezentativní pouze pro osoby žijící v soukromých domácnostech.⁸ V naší studii subjektivně hodnotilo svůj zdravotní stav jako špatný nebo spíše špatný 15,6 % seniorů. To je plně v souladu s daty publikovanými ČSÚ, podle kterého se hodnocení zdravotního stavu také zhoršuje s věkem (25 % osob nad 75 let popisovalo v EHIS svůj zdravotní stav jako špatný nebo velmi špatný).⁸ Stejně tak tomu bylo i v naší studii, ve které se s věkem zhoršovala rovněž kvalita života. To naznačuje, že z programů určených pro podporu zdravého stárnutí u seniorů by více mohli profitovat starší jedinci. Je však třeba si uvědomit, že při plánování aktivit určených pro seniory je nutné zohlednit funkční stav a kapacitu potenciálních klientů. Naše výsledky dále naznačují, že z aktivit pro seniory realizovaných za účelem zdravého stárnutí by mohli profitovat více muži v porovnání se ženami, samostatně žijící jedinci a senioři, kteří jeví symptomy deprese nebo úzkosti.

Senioři se díky celosvětovému stárnutí populace dostávají do středu zájmu zdravotnického výzkumu. Získaná data o kvalitě života, depresi a úzkosti přinášejí cenné informace, které nám mohou pomoci efektivně plánovat aktivity určené pro seniory, a aktivně tak podporovat proces zdravého stárnutí. Vzhledem k významným souvislostem kardiovaskulárních onemocnění s psychickou zátěží to může mít pozitivní efekt rovněž z pohledu snižování dopadu KVO na život seniorů.

Tato studie má řadu limitací, jako je např. sběr dat pouze v jednom kraji a také velikost vzorku, kvůli čemuž nelze výsledky zobecnit na celou českou populaci seniorů s KVO. Jsme ale toho názoru, že výsledky jsou velmi cenné pro plánování a realizaci aktivit pro seniory v Moravskoslezském kraji. Na základě konfrontace výsledků této studie se současným stavem vědeckého poznání byl následně sestaven program intervencí určených pro seniory v rámci podpory zdravého stárnutí. Tyto aktivity, jako je univerzita třetího věku, kognitivní trénink, kognitivně-behaviorální terapie, muzikoterapie a reminiscenční terapie, jsou seniorům nabízeny přes Centrum pro prevenci a podporu zdravého stárnutí LF OU. V současné době probíhá hodnocení jejich vlivu na kvalitu života a další psychosociální aspekty.

Závěry

Deprese a úzkost zhoršují kvalitu života seniorů s kardiovaskulárním onemocněním. Z pohledu zabezpečení procesu zdravého stárnutí a významného podílu psychosociálního stresu jak na riziku, tak na průběhu kardiovaskulárních onemocnění je vhodné realizovat aktivity určené pro seniory zaměřené na zlepšení jak celkového zdraví, tak na zmírnění symptomů deprese a úzkosti. To může následně pozitivně ovlivnit celkovou kvalitu života.

Prohlášení autorů o možném střetu zájmů

Autorky si nejsou vědomy žádného konfliktu zájmů.

Financování

Tento výzkum byl podpořen projektem AZV s názvem Podpora zdravého stárnutí: Využití vzdělávacích a psychosociálních intervencí pro udržení mentálního zdraví, prevenci a včasnou diagnostiku deprese, úzkosti a kognitivních poruch u seniorů v komunitě, reg. č. NU21-09-00067.

Prohlášení autorů o etických aspektech publikace a informovaný souhlas

Výzkum byl schválen Etickou komisí Lékařské fakulty Ostravské univerzity, jednací č. 14/2020. Sběr dat probíhal v souladu s etickými standardy, účast seniorů ve studii byla dobrovolná a anonymní. Vyplněním dotazníku dali senioři najevo svůj souhlas se zapojením do výzkumu.

Literatura

1. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report. Summary. In WHO. 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240023307>. Navštíveno 24. 7. 2023
2. Cifková R, Vavrková H, Filipovský J, Aschermann M. Summary of the European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): Prepared by the Czech Society of Cardiology. *Cor Vasa* 2014;56:168–188.
3. Vrablík M, Cifková R, Tuka V, Linhart A. Doporučený postup Evropské kardiologické společnosti pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění v klinické praxi 2021. Souhrn dokumentu připravený Českou kardiologickou společností. *Cor Vasa* 2022;64:165–211.
4. Salvi D. Prevention of Depression in Elderly: An Introduction to Facilitate Healthy Ageing Process. *Indian J Health Wellbeing* 2017;8:1271–1275.
5. Bowling A, Hankins M, Windle G, et al. A short measure of quality of life in older age: the performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-brief). *Arch Gerontol Geriatr* 2013;56:181–187.
6. Pachana NA, Byrne GJ, Siddle H, et al. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *Int Psychogeriatr* 2007;19:103–114.
7. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, ed. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York: Haworth Press, 1986;:165–173.
8. Český statistický úřad. Senioři v ČR v letech 2021. Praha: Lidé a společnost, 2022:310034-21.
9. Jha MK, Qamar A, Vaduganathan M, et al. Screening and Management of Depression in Patients With Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol* 2019;73:1827–1845.
10. Seecheran, N, Jagdeo, CL, Seecheran, R et al. Screening for depressive symptoms in cardiovascular patients at a tertiary centre in Trinidad and Tobago: investigation of correlates in the SAD CAT study. *BMC Psychiatry* 2020;20:498.
11. Bahall M, Legall G, Khan K. Quality of life among patients with cardiac disease: the impact of comorbid depression. *Health Qual Life Outcomes* 2020;18:189.
12. Lichtman JH, Bigger JT Jr., Blumenthal JA, et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 2008;118:1768–1775.

13. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2021;42:3227–3337.
14. Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *Am J Hypertens* 2015;28:1295–1302.
15. Celano CM, Daunis DJ, Lokko HN, et al. Anxiety Disorders and Cardiovascular Disease. *Curr Psychiatry Rep* 2016;18:101.
16. Phyo AZZ, Ryan J, Gonzalez-Chica DA, et al. Health-related quality of life and incident cardiovascular disease events in community-dwelling older people: A prospective cohort study. *Int J Cardiol* 2021;339:170–178.
17. Chatzinikolaou A, Tzikas S, Lavdaniti M. Assessment of Quality of Life in Patients With Cardiovascular Disease Using the SF-36, MacNew, and EQ-5D-5L Questionnaires. *Cureus* 2021;13:e17982.
18. Sygit K, Siedlecka-Pasierbiak K, Sygit M, Cipora E. The Quality of Life of Seniors Hospitalized Due to Cardiovascular Diseases in Poland. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:3721.
19. Bužgová R, Kozáková R, Zeleníková R, Bobčíková K. Psychometric properties of the Czech version of the brief Older People Quality of Life questionnaire (OPQoL-brief). *BMC Geriatr* 2022;22:512.