

Úroveň znalostí laické veřejnosti o diagnóze deprese

Lenka Lecianová

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka LECIANOVÁ**
Osobní číslo: **H09232**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Úroveň znalostí laické veřejnosti o diagnóze deprese**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části popsat diagnózu deprese, její druhy, příznaky a možnosti léčby.
V praktické části pomocí dotazníku zmapovat úroveň znalostí laické veřejnosti ve věku 20 - 55 let o problematice deprese.
Analyzovat data výzkumného šetření a interpretovat zjištěné poznatky. Připravit informační leták pro laickou veřejnost zaměřený na základní informace o problematice deprese.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HÖSCHL, Cyril et al., 2004. Psychiatrie. Vyd. 2. Praha: Tigis. ISBN 80-900130-7-4.

PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ, 2003. Deprese a jak ji zvládat. Praha: Portál. ISBN 80-7178-809-0.

PRAŠKO, Ján et al., 2007. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-865-1.

PRAŠKO, Ján, 2005. Úzkostné poruchy. Praha: Portál. ISBN 80-7178-997-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Petra Kašná

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2012

Ve Zlíně dne 14. února 2012


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 21.5.2012

.....Kecianová

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zaměřuje na zhodnocení úrovně znalostí laické veřejnosti o depresi. Je rozdělena do dvou částí – teoretickou a výzkumnou. První část se zaměřuje na všeobecné informace o depresi, jako je popis této diagnózy, znaky a příznaky, možnosti léčby atd. Druhá část mé práce, výzkum, se snaží zodpovědět otázku: Jaká je znalost všeobecné veřejnosti o depresi? Anonymní dotazník je sestaven tak, aby zhodnotil stupeň informovanosti o depresi, rozpoznání příznaků deprese, vnímání příčin deprese a znalosti týkající se léčby deprese.

Klíčová slova:

Deprese, laická veřejnost, znalosti, léčba, příznaky deprese, příčiny deprese

ABSTRACT

This bachelor's thesis focuses on evaluating the level of knowledge of general public about depression. It is divided into two parts – theoretical and practical. The first part is focused on general information about depression such as: descriptions of this diagnosis, signs and symptoms, possible treatment etc. The practical part of my thesis based on question survey, aims to answer the question: „What is the knowledge of general public about depression?“ An anonymous questionnaire is designed to appraise the depth of general information about depression, recognition of symptoms of depression, perceptions about the causes of depression, knowledge regarding the medicines used to treat depression.

Keywords:

Depression, General public, knowledge, perception, treatment, symptoms of depression, causes of depression

Do ordinace doktora Ricorda vstoupil jednoho listopadového večera roku 1840 hubený, černě oděný muž. Lékař si pátravě prohlížel zajímavého návštěvníka, jeho vysoké čelo, bledou tvář, úzké rty.

"Jste nemocen, pane?"

"Ano, doktore. Myslím, že smrtelně."

"Co je vám?"

"Jsem smutný, melancholický. Trpím, a nevím proč. Trápím se, srdce mě bolí. Bojím se lidí i sebe. Nemohu spát."

"To není smrtelné. Vím o léku pro vás."

"Jaký je to lék?"

"Lék, který vás z toho ze všeho uzdraví. Běžte se podívat do divadla na Deburaua!"

Bledý muž se uklonil a řekl smutně:

"Já jsem Deburau, doktore."

Poděkování

Děkuji Mgr. Petře Kašné za odborné vedení mé bakalářské práce, ochotu, trpělivost a vstřícnost během jejího zpracování. Také děkuji všem, co byli tak ochotní a věnovali svůj čas vyplnění dotazníků. V neposlední řadě bych chtěla velice poděkovat svým nejbližším za podporu během mého studia a všem, kteří mi byli oporou.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 CO JE DEPRESE	13
2 PŘÍZNAKY DEPRESE	14
2.1 DUŠEVNÍ PŘÍZNAKY.....	14
2.1.1 Úzkost a smutek.....	14
2.1.2 Depresivní myšlení.....	14
2.1.3 Špatná nálada.....	15
2.1.4 Bludy a vidiny.....	15
2.2 SOMATICKÉ PŘÍZNAKY.....	15
2.2.1 Poruchy spánku.....	15
2.2.2 Chut' k jídlu.....	16
2.2.3 Jiné tělesné příznaky.....	16
3 PŘÍČINY DEPRESE	17
3.1 POHLAVÍ.....	17
3.2 GENY.....	17
3.3 OSOBNOST A MODELY MYŠLENÍ.....	17
3.4 STRES.....	18
3.5 ONEMOCNĚNÍ.....	18
3.6 RODINNÉ PROSTŘEDÍ.....	18
3.7 ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI.....	18
4 DRUHY DEPRESE	20
4.1 TYPY DEPRESE.....	20
4.2 DALŠÍ ČLENĚNÍ DEPRESE.....	20
4.2.1 Poporodní deprese.....	20
4.2.2 Deprese v menopauze.....	21
4.2.3 Larvovaná deprese.....	21
4.2.4 Sezónní deprese.....	21
4.2.5 Deprese v pozdním věku.....	21
4.2.6 Deprese při tělesném onemocnění.....	22
5 BLUDNÝ KRUH DEPRESE	23
6 LÉČBA DEPRESE	24
6.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA.....	24
6.2 KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE.....	26
6.3 ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE.....	26
6.4 SPÁNKOVÁ DEPRIVACE.....	27
6.5 HYPNÓZA.....	28
7 DEPRESE A SEBEVRAŽDA	29
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
8 METODIKA VÝZKUMU	32

8.1	CÍLE VÝZKUMU.....	32
8.2	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	32
8.3	METODA VÝZKUMU.....	32
8.4	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	32
8.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	33
8.5.1	Zpracování dotazníků.....	33
9	DISKUZE	58
	ZÁVĚR.....	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	63
	SEZNAM OBRÁZKŮ	64
	SEZNAM TABULEK	65
	SEZNAM GRAFŮ	66
	SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem zvolila problematiku deprese, protože je to stále hodně diskutované téma. Asi každý z nás někdy zažil smutek, ale někteří se s ním neumí vypořádat jako jiní. A dlouho trvající smutná nálada může vyústit v depresi. Pokud se s ní člověk nepokusí bojovat, nebo nevyhledá odbornou pomoc, může vyústit až v sebevraždu. Spousta lidí nepovažuje depresi za nemoc jako takovou a bere ji příliš na lehkou váhu, i když může mít velice tragické následky. Deprese nevzniká jen jako primární onemocnění, ale může se objevit i u jiné vážné nemoci a velmi zkomplikovat její průběh. Zejména u onkologicky nemocných pacientů je třeba sledovat a včas zachytit příznaky deprese.

Já jsem se zaměřila na problematiku informovanosti laické veřejnosti, abych zjistila, kolik toho o depresi vědí a jaké mají informace. Zda považují depresi za nemoc či nikoliv a jestli znají způsoby léčby, nebo si myslí, že „kouzelná“ pilulka vyléčí všechno.

Ačkoliv se deprese staly populárním tématem poměrně nedávno, jsou tu s námi od nepaměti. Deprese se nevyhnula ani slavným osobnostem. Snad nejznámějším člověkem trpícím depresemi byl Winston Churchill, který o ni mluvil jako o černém psu, jež ho pronásleduje na každém kroku. Mezi dalšími, kdo touto nemocí trpěli a trpí, jsou: zpěvák Elton John, Drew Carey, zpěvačka Sheryl Crow, herec Anthony Hopkins, Harrison Ford, z historie to byl například Julius Caesar, Ernest Hemingway, Vincent van Gogh. U nás neznámější osobností byl Miloš Kopecký.

Jak jsem již zmínila, deprese tu s námi je již dlouhou dobu, ale počet nemocných neustále roste. Na vzniku této diagnózy nese velký podíl náš životní styl, uspěchaná doba, neustálý stres, ale i genetická predispozice. Jak jsem již zmínila, Ernest Hemingway trpěl depresí, její tíhu nevydržel a zabil se střelnou zbraní. To samé udělali jeho otec i bratr. Sebevraždu spáchala i jeho vnučka Margaux Hemingway, ta se předávkovala léky. (Kassin, 2007, s. 600)

Přesto, že je deprese takovým „strašákem“ naší doby, odbornou pomoc vyhledá jen malá část lidí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CO JE DEPRESE

V nejrůznějších publikacích najdeme různé definice deprese. Nejlépe však podle mě deprese vysvětluje Ján Praško.

Praško říká: „*Deprese je nemoc podobná jiným onemocněním, jako je např. vysoký krevní tlak, žaludeční vředy nebo cukrovka. Není to špatná nálada, ale nemoc celého organismu. Deprese není jenom reakce na nepříznivé události v životě.*“ (2003, s. 26)

Podle Kassina je deprese porucha nálady, charakterizována pocitem smutku, který nemá zjevnou příčinu a trvá déle jak 14 dní. (2007, s. 599)

Deprese je jednou z nejčastějších psychiatrických onemocnění. Ta se u žen objevuje dvakrát častěji než u mužů. Celoživotní riziko pro rozvoj deprese je u mužů 7 – 12 % a 20 až 25 % u žen. V období puberty je poměr žen a mužů téměř stejný, po pubertě se však mění a u žen se onemocnění objevuje 2 – 3krát častěji. I přes tuto velkou převahu je podle odhadů deprese diagnostikována pouze u 25 % nemocných. Předpokládá se, že deprese trpí mnohem více lidí. Podle NIHM se s depresí během svého života setká 90 % obyvatel. U větší části z nich se však jedná pouze o krátký a přechodný stav. Deprese se od běžného smutku liší zejména v tom, že trvá déle, narušuje každodenní fungování a je mnohem intenzivnější než obyčejný smutek. (Praško et al., 2007, s. 269)

Depresí trpí lidé na celém světě, ale její podoby se liší. V latinskoamerických kulturách si lidé trpící depresí stěžují na bolesti hlavy, na Středním východě se jedná o srdeční problém, Číňané a příslušníci asijských kultur deprese označují jako nevyváženost. (Kassin, 2007, s. 599)

2 PŘÍZNAKY DEPRESE

Je spousta příznaků, podle kterých můžeme určit diagnózu deprese. Tyto příznaky lze rozdělit na příznaky tělesné a duševní. U nemocného se mohou objevit pouze tělesné příznaky nebo pouze duševní nebo kombinace obou. Někdy nemocný nemusí žádnými příznaky trpět, jen se začne chovat neobvykle, mimo své běžné chování. Většinou pokud se objeví jeden z příznaků, začne na sebe navazovat další. K prokázání deprese jsou třeba alespoň 3 – 4 různé příznaky. Jelikož příznaků, které mohou signalizovat depresi je velice mnoho, vybrala jsem ty nejdůležitější. (McKenzie, 2001, s. 10)

2.1 Duševní příznaky

Nemocný může trpět depresí, ale i přesto se nemusí cítit zle. Jindy zase má nemocný celou řadu symptomů. K nejčastějším duševním příznakům patří úzkost, smutek, depresivní myšlení, špatná nálada, bludy, vidiny a sebevražedné myšlenky.

2.1.1 Úzkost a smutek

Smutek může být od lehkého pocitu sklíčenosti po pocit naprosté beznaděje. Smutek, ovlivňuje hodně psychiku člověka. Každý z nás již byl někdy smutný, nešťastný z neúspěchu či z nějaké tragické zprávy, ale v období deprese je smutek hluboký, dlouhý a brání člověku v aktivitě.

U člověka trpícího depresí mohou pocity úzkosti trvat celé měsíce. Může se cítit pod neustálým napětím, při probuzení má strach z nadcházejícího dne, nespí, je nervózní, i když se nic neděje. Pocity úzkosti potom může přejít ve špatnou náladu. Pokud se nemocný nachází v takovém stavu, stává se nepříjemný nejen sám sobě, ale i pro své okolí. (Praško, Buliková a Sigmundová, 2009, s. 14-28)

2.1.2 Depresivní myšlení

Depresivní myšlenky jsou pro depresi naprosto typické. Neustálé omílání stejných myšlenek a přemítání o možnostech bez jakéhokoliv výsledku se nazývá ruminace. Typické depresivní automatické myšlenky zahrnují negativní hodnocení sebe sama, negativní hodnocení okolností a negativní vize do budoucnosti. Nejčastějším tématem jsou komplexy méněcennosti, pocity viny a sebeobviňování a předvídaní tragické budoucnosti. Nemocný vidí vše negativně a nedokáže najít východisko. Myšlení nemocného je zkreslené, neúčinné,

čím více jim nemocný věří, tím hůře se cítí. (Praško, Buliková a Sigmundová, 2009, s. 14-28)

2.1.3 Špatná nálada

Nemocný má pocit anhedonie, což je nemožnost prožívat radost a potěšení. Nemocný se nedokáže těšit z ničeho. Je neustále smutný a může se u něj objevit i vztek. Vztek je zaměřený zejména na svoji osobu. Zlobí se na sebe pro svoji nevykonnost, strach z budoucnosti, pro svoji neschopnost se s danou situací vyrovnat atd. Snaha rozveselit nemocného nějakou zábavou či vtípem končí neúspěšně. Nemocný je buď ve stejném stavu, nebo dokonce ho zábava ještě více rozesmutní. Špatná nálada je horší spíše večer než ráno. (Praško, Buliková a Sigmundová, 2009, s. 14-28)

2.1.4 Bludy a vidiny

Bludy a vidiny se objevují u těžkých depresí. Zejména u takzvané poporodní psychózy. Jejich výskyt je však malý. Bludy jsou falešné představy, které za jakoukoliv cenu zastávají ten, co jimi trpí. Jsou to vlastně takové „nesprávné“ myšlenky. Člověk například neúmyslně odcizí nějaké ovoce a je přesvědčen, že po něm policie pátrá. Považuje se za nejhledanějšího zločince a nikdo mu nedokáže jeho fakt rozmluvit.

Vidiny představují vnímání něčeho neskutečného. Jedná se zejména o hlasy. Nemocný slyší zvuky a hlasy tam, kde žádné nejsou. Hlasy mohou nahánět hrůzu tím, že nemocného kritizují za jeho chyby a obviňují ho. Tyto zvukové vidiny jen posilují depresi a mohou nemocného dohnat až k sebevraždě. Jen vzácně se objevují optické vidiny. (McKenzie, 2001, s. 14-15)

2.2 Somatické příznaky

Deprese mohou mít řadu somatických příznaků. Lidé, kteří trpí převážně fyzickými příznaky, si mnohdy myslí, že jsou nemocní a nenapadne je, že se jedná o depresi. Mezi nejčastější somatické příznaky patří bolest hlavy, nechutenství nebo naopak přejídání, poruchy spánku a bolest různých částí těla.

2.2.1 Poruchy spánku

Z poruch spánku je zejména typická pro depresi nespavost. Zejména brzké ranní probuzení a nemožnost opět usnout. Depresivní člověk ulehne do postele a začne hned přemítat o budoucnosti, kterou vidí pesimisticky. Má vztek, že nemůže spát, že druhý den bude

unavený. Pokud usne, je spánek mělký. Nemocnému se zdají špatné sny. Tím, že nespí přes den, přichází na nemocné únava a ospalost ve dne. Opakem nespavosti je nadměrná spavost, která je v noci, ale i přes den. Objevuje se jen výjimečně a nejčastěji u sezónní deprese. (McKenzie, 2001, s. 14-15; Praško, Buliková a Sigmundová, 2009, s. 14-28)

2.2.2 Chut' k jídlu

U depresí se mění chuť k jídlu. Podle druhu deprese může nemocný trpět nechutenstvím nebo naopak přejídáním. Přejídání se objevuje především u sezónní deprese. Snížená chuť k jídlu se projevuje zejména rapidním úbytkem na váze. Jídlo nemocnému nechutná, připadá mu naprosto bez chuti. Samozřejmě se také sníží pitný režim.

2.2.3 Jiné tělesné příznaky

Mezi další tělesné příznaky patří zácpa, bolesti žaludku, tlak v hlavě, třes končetin, tlak na hrudi a nechut' k sexu, zhoršuje se paměť. Všechny tyto příznaky vyvolávají strach o zdraví nemocného. Ten se bojí, protože si myslí, že jde o vážnou nemoc. Při ústupu deprese tyto symptomy odeznívají. (Praško, Buliková a Sigmundová, 2009, s. 14-28)

3 PŘÍČINY DEPRESE

Není žádná jednoznačná příčina, která by mohla za vznik deprese. Máme však spoustu rizikových faktorů, napomáhajících k propuknutí deprese. Ke spuštění onemocnění nestačí jen jeden faktor, ale minimálně dva a více.

3.1 Pohlaví

Jak jsem již zmínila, deprese je čtenější u žen než u mužů, a to dvakrát častěji. Není jasné proč to tak je, zda proto, že u žen je deprese lépe diagnostikovanější nebo že ženy si to, že trpí depresemi, více připouštějí. Jisté však je, že na ně působí více faktorů než na muže a to zejména porod, pobyt doma s dítětem, menstruační cyklus, hormonální změny atd. Každá z těchto věcí může být spouštěčem deprese. (McKenzie, 2001, s. 22)

3.2 Geny

Geny sice nenesou moc velký vliv, ale jak jsem již zmiňovala v úvodu, jistý vliv tam je. Deprese se nemusí rozvinout, pokud jí trpí rodič nebo sourozenec, ale tento fakt zvyšuje zejména riziko deprese. Pokud máme jednovaječná dvojčata a jedno trpí depresí, je pravděpodobnost, že i druhé bude trpět depresemi asi 25 %. Samotný gen však nestačí k tomu, aby se deprese spustila, je zapotřebí nějakého spouštěče, nejčastěji to bývá stresující životní událost. (McKenzie, 2001, s. 22; Kassin, 2007, s. 600)

3.3 Osobnost a modely myšlení

Větší riziko k depresím mají lidé obsedantní, skrývající své city, úzkostní, a lidé, u kterých bývá časté střídání nálad. Martin Seligman tvrdil, že deprese je naučený druh bezmocnosti. Jde o to, že pokud jsou lidé neustále vystavováni situacím, které nemohou ovlivnit, většinou se stanou pasivními a apatickými, ztratí motivaci a budou pesimističtí. Zjistil také, že subjektivní pohled má na člověka větší vliv než realita. Psychiatr Aaron Beck zaznamenal, že depresivní pacienti se na svět dívají přes tmavé brýle. Podle něj lidé vidí vše pesimisticky, svou budoucnost a celý svůj život. Začnou se sebeobviňovat. Ti co trpí depresemi se negativně dívají nejen na sebe, ale i na okolí, rodiče a životní partnery. (McKenzie, 2001, s. 22-29; Kassin, 2007, s. 600)

3.4 Stres

Stres je jedním z faktorů, který se nejčastěji podílí na vzniku deprese. Vyvíjený nátlak v práci, náhlý zvrát v rodině, smrt, nezaměstnanost atd. to vše vyvolává u člověka pocit stresu. Ten se pak výrazně podílí na vzniku deprese. Pokud stres trvá delší dobu, je propuknutí deprese do půl roku téměř jisté. Každý má nějaký způsob jak reagovat na stres a u některých je to právě deprese. (McKenzie, 2001, s. 22-29; Kassin, 2007, s. 600)

3.5 Onemocnění

Dlouhodobé chronické onemocnění má vliv na vznik onemocnění. Je dokázáno, že lidé trpící chronickou bolestí v důsledku revmatoidní artritidy jsou k depresím náchylnější. Také onkologicky nemocní pacienti jsou vystaveni vysokému riziku, zvláště pokud trpí nevy léčitelným typem nádoru. Někdy na změnu nálady má i nedostatek vitamínů. Šok z onemocnění může vést ke ztrátě důvěry a sebejistoty. Nemocní si uvědomují svoji zranitelnost a to je oslabuje. Deprese doprovází i mnoho onemocnění ve stáří, jako například Parkinsonovu chorobu. (McKenzie, 2001, s. 22; Kassin, 2007, s. 601)

3.6 Rodinné prostředí

Předpokládá se, že některé životní situace, které se stanou v dětství, zvyšují pravděpodobnost deprese ve vyšším věku. K těmto událostem patří zejména ztráta jednoho z rodičů, tělesné a pohlavní zneužívání. Zanedbávané nebo opomíjené děti často upadají do apatie, pasivity a závislosti. Někdy nahromaděný vztek později propukne a lidé se pak sebeobviňují a nastává u nich pocit bezmocnosti. Pak se objevuje i sklon k sebevraždě. (McKenzie, 2001, s. 22-23; Kassin, 2007, s. 601)

3.7 Životní události

Velký podíl na vzniku deprese mají životní události. Velké množství změn má za následek u člověka snížení tělesné a psychické odolnosti. Hrozí tím, že se člověk zhroutí. Ke zhroucení může dojít i 6 měsíců po události, kdy lidé předpokládají, že je nebezpečí zažehnáno. „Na základě výzkumu byly přiřazeny událostem určité indexy závažnosti. Skóre 250 za rok bývá často psychickým selháním nebo tělesným onemocněním. Ve stáří se tato hranice snižuje až o polovinu.“ (Praško, Buliková a Sigmundová, 2009, s. 49-51)

V níže uvedené tabulce jsou vypsány nejčastější životní události a jejich přiřazená skóre.

Tabulka č. 1 Nejčastější životní události

Událost	Body
Úmrtí partnera	100
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Ztráta zaměstnání	47
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Sexuální obtíže	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Závažné nehody s partnerem a jiným členem rodiny	29 – 35
Změna životních podmínek	25
Změna bydliště	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna sociálních aktivit	18
Změna spánkových zvyklostí	16
Vánoce	12

Převzato z: Praško, Buliková a Sigmundová, 2009, s. 50

4 DRUHY DEPRESE

4.1 Typy deprese

Depresi můžeme rozřídít do tří hlavních kategorií, slabá či lehká deprese, mírná deprese a těžká, hluboká deprese. K zjištění míry deprese nám pomáhají některé dotazníky v příloze (I) je jeden z nich – BECKŮV DEPRESIVNÍ INVENTÁŘ.

Lehké deprese většinou začíná určitou stresovou událostí. Špatná nálada přichází a zase odchází. K léčbě této deprese postačí většinou změna životního stylu.

U mírné deprese špatná nálada přetrvává a jsou patrné i jiné příznaky. U mírné deprese nestačí změnit životní styl, ale je třeba vyhledat odbornou pomoc.

Hluboká deprese je životu nebezpečná. Nemocný trpí silnými příznaky, objevují se u něj bludy, vidiny a jiné závažné příznaky. U hluboké deprese je hospitalizace nutná.

Rekurentní depresivní epizoda je střídání depresivní epizody s obdobím remise.

Rekurentní krátká depresivní epizoda je také střídání depresivní epizody s obdobím remise, ale trvá déle jak 14 dní.

Dystimie je méně závažný typ deprese, jejíž příznaky přetrvávají ještě několik let. Dystimie se dá nazvat takovou chronickou depresí. Obvykle začíná po odeznění puberty a trvá několik let. Tato deprese omezuje fungování a prožívání příjemných činností u nemocného. (Peterková, 2008-2012)

4.2 Další členění deprese

4.2.1 Poporodní deprese

Mnoho žen (50 – 80 %) prožívá 3. den po porodu krátkou epizodu zhoršené nálady. Objevují se u nich kolísavé nálady, plačtivost, podrážděnost. Většinou se jedná o krátkodobou změnu, která je způsobena prudkým poklesem hormonů. Nejčastěji se objevují u prvorodiček a u adolescentních matek.

Existují tři druhy poporodních depresí.

- 1) Mateřské blues – jedná se o mírné emoční, krátkodobé období, objevuje se 3. – 4. den po porodu a mizí do 12. dne po porodu.
- 2) Poporodní deprese – může vzniknout v prvním roku po porodu, projevuje se zejména přehnaným strachem o dítě, pocitem nejistoty, strachu a vyčerpaností.
- 3) Poporodní psychóza – 1-2 případy na 1000 porodů, vzniká 48 – 78 hodin po porodu. Žena musí být i s dítětem hospitalizována, jelikož ztrácí kontakt s realitou

a ohrožuje sebe i dítě na životě. (Praško et al., 2003, s. 41-43, Minirth et al., 1994, s. 90)

4.2.2 Deprese v menopauze

Období menopauzy je nejčastějším obdobím výskytu deprese u žen. Podílí se na něm mnoho faktorů. Z biologických jsou to zejména hormonální změny. Z psychologických faktorů to jsou pak strach ze stárnutí a z odchodu dětí z domova (pocit prázdného hnízda). Včasná hormonální substituce může zabránit rozvoji deprese. Pokud tato metoda nezabere je deprese v menopauze léčena podáváním antidepresiv. Velkou roli v tomto období hraje psychoterapie. (Praško et al., 2003, s. 44)

4.2.3 Larvovaná deprese

Hlavním projevem této deprese jsou tělesné příznaky. Porucha nálady se nemusí vůbec u tohoto druhu deprese vyskytnout. Příznaky, kterými se může onemocnění projevit, jsou pískání v uchu, závratě, bolest zad, zažívací obtíže, bolesti končetin a kloubů a poruchy hybnosti. Toto jsou však jen některé z celé řady symptomů. Larvovaná deprese se právě kvůli tělesným příznakům obtížně diagnostikuje. Potíže většinou mizí po podání antidepresiv. Tento druh deprese je jasným příkladem, že psychické dění dokáže ovlivnit tělesnou pohodu. (Praško et al., 2003, s. 44; Minirth et al., 1994, s. 92)

4.2.4 Sezónní deprese

Projevuje se většinou zhoršenou náladou zejména v podzimních měsících, ale může se objevit i na jaře. Tato sezónní porucha je spojena zejména s větší chutí k jídlu a zvýšenou spavostí. Svými příznaky tato deprese připomíná zimní spánek u některých savců. Léčí se zejména pomocí fototerapie. Při této terapii je nemocný vystaven intenzivnímu světlu. (Praško et al., 2003, s. 36; Peterková, 2008-2012)

4.2.5 Deprese v pozdním věku

Tato deprese se objevuje u starších lidí velmi často, ale i přes to je zpravidla přehlížena. Je to způsobeno tím, že je překrývána tělesnými příznaky nebo navazuje na zjevnou tělesnou nemoc. V tomto případě deprese zvyšuje úmrtnost na tělesné onemocnění. Ohroženy jsou zejména ženy a lidé v pečovatelských zařízeních. Stresujícími faktory jsou změna životní role (odchod do důchodu, změna prostředí atd.), konflikty ve vztazích, sociální izolace, životní ztráty (partner, přátelé, kontakt s potomky atd.). Antidepresiva bývají velmi účinná.

ná, ale lékař musí vždy velmi dobře vybírat, které předepíše, jelikož je třeba přihlížet k možným tělesným onemocněním. Nejlépe se proto uplatňuje u této deprese psychoterapie. Lidé se učí jak zacházet se změnou, jak se smířit se ztrátou role a hledat pozitiva i negativa ve své nové roli. (Praško et al., 2003, s. 44-45)

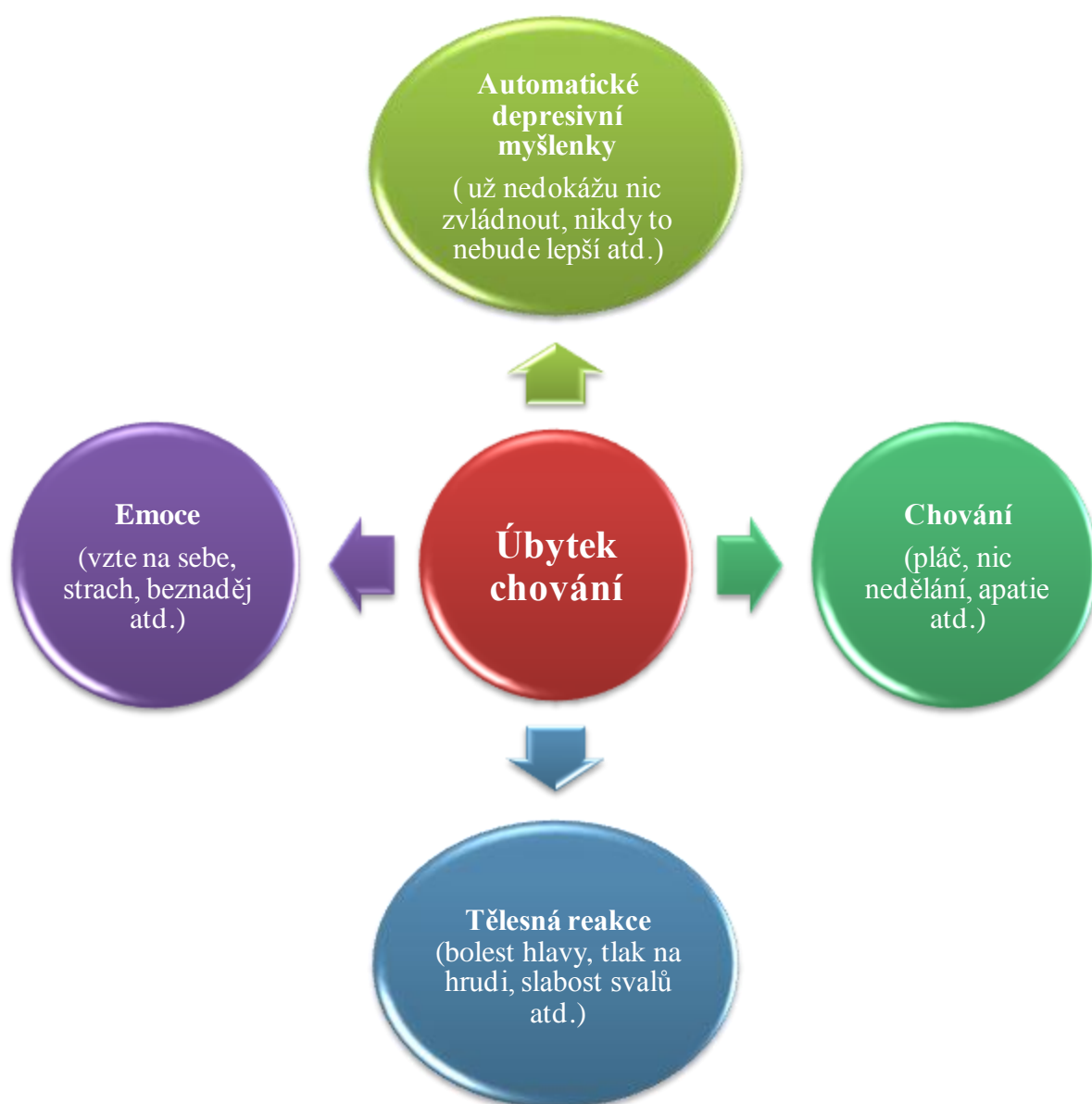
4.2.6 Deprese při tělesném onemocnění

Deprese může být také spojena se souběžným tělesným onemocněním. Platí zejména pro starší lidi a lidi trpící nevyléčitelným onemocněním. Může navázat na ICHS, vysoký krevní tlak, mozkovou příhodu, nádorová onemocnění, atd. Deprese může mít velký vliv na průběh a zhoršení těchto onemocnění. Deprese může vzniknout v důsledku požívání alkoholu, drog a některých léků. (Praško et al., 2003, s. 45)

5 BLUDNÝ KRUH DEPRESE

Lidé trpící depresí potřebují podporu okolí, potřebují se svěřit, vyplakat. Bohužel tuto komunikaci odmítají, nemají nejmenší chuť se s někým bavit. Deprese vede člověka k tomu, aby se stáhl více do sebe. Právě toto chování onemocnění ještě více prohloubí. Deprese nutí se lidí co nejvíce stranit. Tím vzniká začarovaný kruh deprese. SmartArt č. 1 vyobrazuje bludný kruh deprese. (Kassin, 2007, s. 602; Praško, Buliková a Sigmundová, 2009, s. 56-57)

SmartArt č. 1 Bludný kruh deprese



Převzato z: Praško, Buliková a Sigmundová, 2009, s. 57

6 LÉČBA DEPRESE

Je mnoho možností jak depresi léčit. Mezi nejznámější a nejužívanější možnosti léčby jsou farmakologická léčba (antidepresiva) a kognitivní terapie. Mimo tyto druhy léčby zde uvádím i některé další, které nejsou tak časté, ale deprese se jimi také léčí. Deprese lze léčit ambulantně, v denním stacionáři a pomocí hospitalizace. Hospitalizace je nutná zejména u těžkých forem deprese, hlavně pokud hrozí riziko sebevraždy.

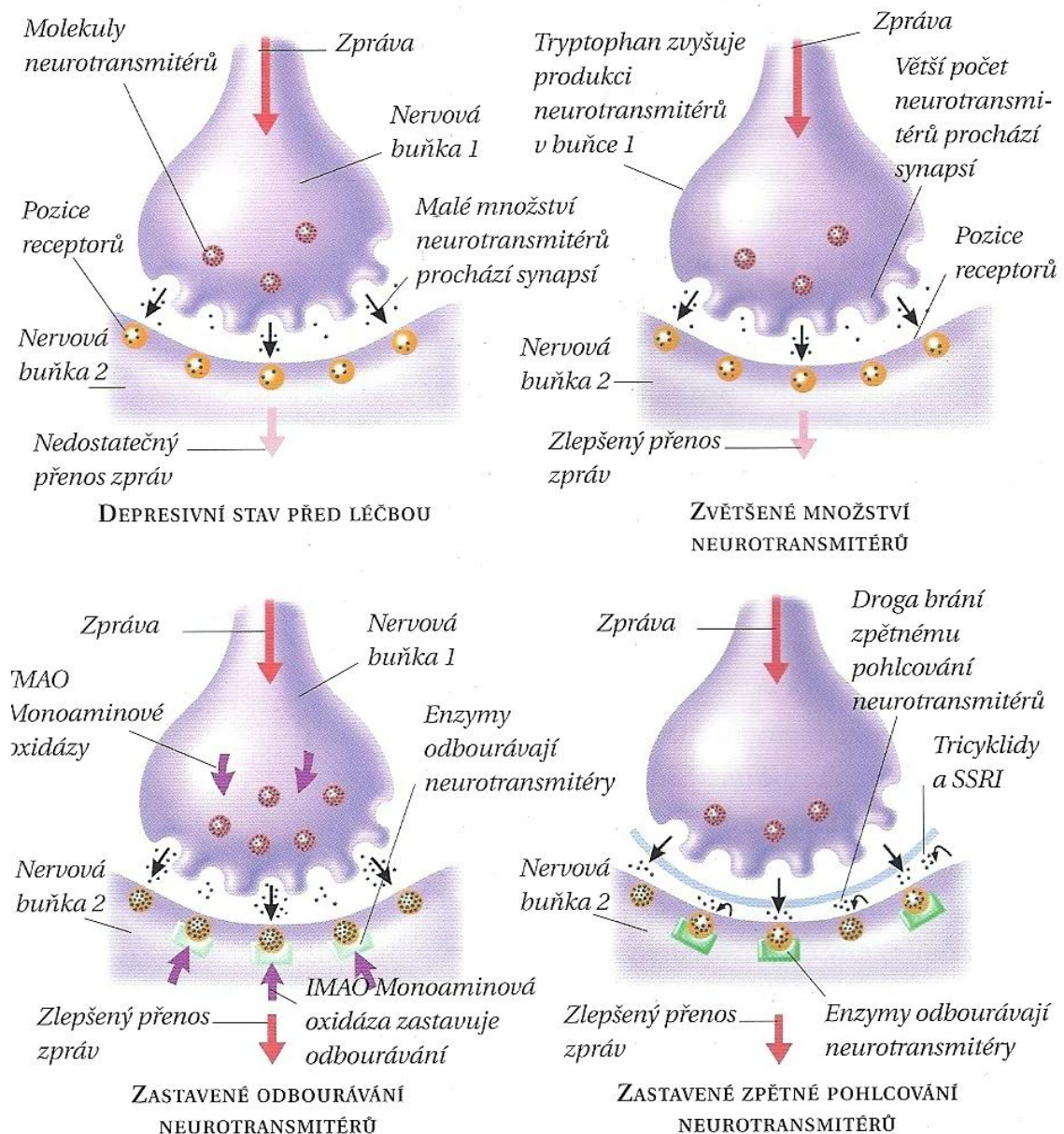
6.1 Farmakologická léčba

Z farmakologické léčby se užívají antidepresiva. Antidepresiva je velice účinná léčba proti depresím. Dokážou zlepšit příznaky již po dvou týdnech užívání, ale obvykle dochází k účinku za šest týdnů. Léky se nesmějí vysazovat ihned po odeznění příznaků, ale jejich užívání se může vysadit až minimálně po půl roce. Antidepresiva zvyšují hladinu neurotransmiteru norepinefrinu, který se vylučuje v té části mozku, která řídí náladu a emoce. Na obrázku 1 je nakreslen mechanismus účinku antidepresiv. Do kategorie antidepresiv patří imipramin (Melipramin), který zlepšuje náladu, zvyšuje produkci norepinefrinu či serotoninu. Tento lék má však i vedlejší účinky, kterými jsou např. sucho v ústech, zastřené vidění, únava a zácpa. V současné době se nejvíce používají antidepresiva nové generace, kterým se říká selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. K nejznámějším z nich patří fluoxetin, ten se prodává pod obchodním názvem Prozac. Jedná se v současné době o nejrozšířenější antidepresivum na světě. Mnoho lidí si myslí, že antidepresiva jsou návyková, ale tato informace je mylná. Léky účinkují pouze tehdy, když člověk trpí depresí, pokud nemocný depresí netrpí, nemají na nemocného žádný vliv. Nedokážou zlepšit náladu. Tyto léky se musí vysazovat pozvolně, protože při jejich náhlém vysazení se začne nemocný cítit nepříjemně. Není to proto, že by antidepresiva byla návyková, ale proto, že si tělo zvyklo na jejich přítomnost. (Kassin, 2007, s. 652-653; McKenzie, 2001, s. 57-58)

Obrázek č. 1 – Mechanismus účinku antidepresiv

Jak antidepresiva působí

Při depresi je hladina neurotransmitérů nízká. Antidepresiva pracují třemi způsoby: zvětšují množství produkovaných neurotransmitérů, zabraňují jejich rozpadu a nedovolují jejich zpětné pohlcování buňkami.



Převzato z: McKenzie, 2001, s. 58

6.2 Kognitivně behaviorální terapie

Tato terapie vznikla na počátku osmdesátých let 20. století. Je to forma léčby, která se zaměřuje na celkové zklidnění, přijetí nemoci, odstranění depresivního způsobu myšlení, zlepšení řešení problémů a rozvíjení komunikace s okolím. Kognitivně behaviorální terapie (KBT) pomáhá k tomu, aby se nemocný naučil nový, adaptabilnější způsob řešení svých problémů. Léčba trvá několik měsíců, maximálně však jeden rok. Sezení probíhá obvykle 45-90 minut. Terapie je zaměřená na konkrétní problémy a dosažení domluvených cílů. Jednotlivá sezení a kroky léčby mají jasnou strukturu. Základem je aktivní a otevřená spolupráce, konečným cílem je pak úplná samostatnost klienta. KBT patří k nejúspěšnějším psychoterapiím deprese. (Vybíral et al., 2010, s. 195-197; Praško et al. 2003, s. 45)

6.3 Elektrokonvulzivní terapie

Elektrokonvulzivní terapie (EKT, ECT) je léčba pomocí elektrošoků, které jsou vysílány do mozku, kde vyvolají záchvat a následně zmírňují depresi.

Tento druh léčby má velmi bohatou historii a provází ji mnoho polemik, které jsou velmi často mylně interpretovány. Dříve byl nemocný odvezen na operační sál, zdravotnický personál ho svázal a nemocný pak jen bezmocně čekal na lékaře, kteří mu pro vedou velmi bolestivý zákrok. Do těla byl pouštěn elektrický proud o napětí sto voltů. Výsledkem byly záchvaty, bezvědomí a svalové křeče, které byly natolik silné, že mu lámaly kosti. První, kdo zavedl ECT do praxe, byl v roce 1938 lékař Ugo Cerletti. (Kassin, 2007, s. 657)

Dnes se léčba provádí tak, že je pacientovi podána celková anestezie a látka uvolňující svaly, aby nedocházelo ke zranění z důvodu křečí. Poté se do mozku vyšlou krátké, mírné šoky, vyvolávající záchvat v délce jedné minuty. Pacient poté nabývá vědomí do několika minut. Po ukončení si nepamatuje, co se stalo. Aby byl proces úspěšný, je nutné jej přibližně desetkrát opakovat v průběhu dvou týdnů. Jako většina léčebných metod, má i tato vedlejší účinky. Patří mezi ně zejména dočasný stav zmatenosti. Po prodělání terapie si nemocný nemůže vzpomenout na nedávné události, je dezorientovaný a neví, jak se na daném místě ocitl. (Kassin, 2007, s. 657)

Tato léčba je indikována nejčastěji pro nemocné, kteří trpí chronickou těžkou formou deprese, objevují se u nich sebevražedné sklony a navíc nereagují na medikamentózní ani psychologickou léčbu. Podle American Psychiatric Association musíme zvážit před použitím ECT možné relativní a absolutní kontraindikace.

Relativní kontraindikace

- a) Kardiovaskulární – IM během předcházejících 3 měsíců, angina pectoris, srdeční selhání.
- b) Ortopedické – velké zlomeniny, závažná osteoporóza.
- c) Neurologické – centrální mozková příhoda během předcházejících 3 měsíců, úraz mozku v posledních šesti měsících.
- d) Plicní – těžké akutní plicní choroby.
- e) Jiné – závažná onemocnění štítné žlázy, perniciozní anemie.

U většiny těchto onemocnění se může ECT provádět, ovšem musí být za pečlivého a zvyšného monitorování.

Absolutní kontraindikace:

- a) Zvýšený nitrolební tlak.
- b) Akutní centrální mozková příhoda.
- c) Aneurysma velkých cév.
- d) Nesnášenlivost anestetika.

Podle stavu nemocného musíme zvážit život ohrožující závažnost stavu, míru rizika, ale i míru zisku z terapie. (Höschl et al., 2004, s. 764)

I přes velký rozruch je považována za bezpečnou metodu. Uvádí se, že dochází ke dvěma úmrtím na sto tisíc léčených pacientů. Jedná se o menší riziko, než je udáváno pro úmrtí při porodu. Odhaduje se, že léčbu podstoupí přibližně sto tisíc pacientů ročně. Navzdory jejímu terapeutickému přínosu, je tato léčba nadále označována stigmatem, jemuž pacienti, kteří prodělávají tuto léčbu, neuniknou. Elektrokonvulzivní terapie je stále podrobována dalším a dalším výzkumům a zdokonalováním. V současné době se vědci zamýšlí nad tím, proč při aplikaci proudu do oblasti čela, namísto do spánkové oblasti, dochází ke klinicky významnějším změnám. (Kassin, 2007, s. 657)

6.4 Spánková deprivace

Jedná se o pomocnou léčebnou metodu, jejíž efekt trvá jen krátkodobě a používá se zejména ke zmírnění symptomů.

Spánková deprivace je jednou z netradičních metod léčby. Bylo prokázáno, že 60 % pacientů trpících depresí reaguje na zabránění spánku po více jak 24 hodin výrazným zlepšením nálady. Jedná se však pouze o dočasný účinek, který většinou pomine po následném navození spánku. Jsou zkoušeny různé strategie. Například částečná deprivace – nemocný je vzhůru od 24 hodin do rána, celková spánková deprivace – nemocný se udržuje

v bdělém stavu po 24 hodin, kombinace spánkové deprivace a antidepresiv nebo kombinace spánkové deprivace, antidepresiv a lithia. V těchto případech jsou však velmi složité organizační potíže a nespolehlivosti, jelikož nemocný se musí neustále udržovat v bdělém stavu a nesmí ani na minutu usnout. Tato metoda se v klinické praxi používá jen velmi zřídka a to převážně u nemocných, rezistentních k veškeré léčbě. (Höschl et al., 2004, s. 776-777)

6.5 Hypnóza

Hypnóza neléčí depresi, lze ji však použít k usnadnění relaxace. V hypnóze nespíte, ale jste v tranzu a hypnotizér se vám snaží pomoci tím, že manipuluje s vaším podvědomím. Některé druhy hypnóz se užívají k potlačení úzkostných stavů, ale není žádný důkaz, že by byly účinné u depresí. (McKenzie, 2001, s. 46)

7 DEPRESE A SEBEVRAŽDA

„Myšlenka na sebevraždu je obrovská útěcha, s její pomocí lze přežít spoustu krutých nocí.“

Fridrich Wilhelm Nietzsche

Sebevražda se dá definovat jako vědomé a záměrné chování, které vede k ukončení vlastního života. Latinsky se sebevražda nazývá suicidium. Podstatné je, že sebevrah jedná vědomě a dobrovolně. WHO odhaduje, že ročně na světě v důsledku sebevraždy zemře na milion lidí. V celkovém počtu úmrtí však sebevražda tvoří asi 1,5 %. V USA je ročně sebevražd na třicet tisíc, to znamená, že na každou půl hodinu připadá jedna sebevražda. Na jednoho člověka, co spáchá dokonalou sebevraždu, připadá patnáct až dvacet sebevražedných pokusů. U nás se ročně stane asi 1600 dokonalých sebevražd. Na obrázku č. 2 je zobrazeno množství sebevražd v některých zemích. Ze tří čtvrtin páchají sebevraždu lidé trpící depresí. Ze statistik spojených států vyplývá, že ženy se snaží spáchat sebevraždu třikrát častěji než muži, ti ale čtyřikrát častěji než ženy ve svém pokusu uspějí. Přibližně 60 % sebevrahů volí způsob smrti oběšením, dále pak zastřelením (volí spíše muži) a otravou (záležitost spíše žen). Tyto způsoby zahrnují asi 90 % všech sebevražd. Nemocný se rozhodne spáchat sebevraždu, protože se snaží utéct sám sobě. V okamžiku kdy lidé nedosáhnou svých životních cílů, za neúspěchem vidí své chyby, jsou permanentně smutní, dokážou uvažovat jen v krátkém horizontu, sebevraždu vidí jako místo posledního útočiště. Nejzranitelnější skupinou jsou nemocní, co užívají léky, nikoli však ve stavu hlubokého zoufalství, ale až po tom, co začínají znovu nabírat síly. K největšímu nárůstu sebevražd dochází v dubnu, nejméně sebevražd je naopak v zimním období (prosinec). Při vystupňovaných příznacích deprese ztrácí řada nemocných naději. Nevidí žádné východisko než smrt. Je důležité, aby se nemocný ve chvíli, kdy začne o něčem takovém přemýšlet, svěřil lékaři. (Praško, Buliková a Sigmundová, 2009, s. 28; Peterková, 2008-2012; Kassín, 2007, s. 602-604)

Postup při riziku suicidia

Není pravda, že nemocný, který o sebevraždě mluví, tak ji nespáchá. Je dokázáno, že 90 % sebevrahů se o svém záměru zmíní. Je třeba, aby lidé nebrali riziko sebevraždy na lehkou váhu. Pokud pacient ohrožuje přímo sebe nebo své okolí, je hospitalizován bez jeho souhlasu, ale za asistence policie. K určení rizika suicidia slouží dotazníky. V příloze (II) je uveden jeden z nich – PÖLDINGERŮV DOTAZNÍK.

Jak se chovat, když nemocný chce spáchat sebevraždu

- snažit se zachovat klid
- zavolat pomoc
- navázat kontakt s dotyčným
- mluvit s nemocným o tématu, které ho zajímá
- nechat ho co nejvíce mluvit
- snažit se vcítit do jeho problémů

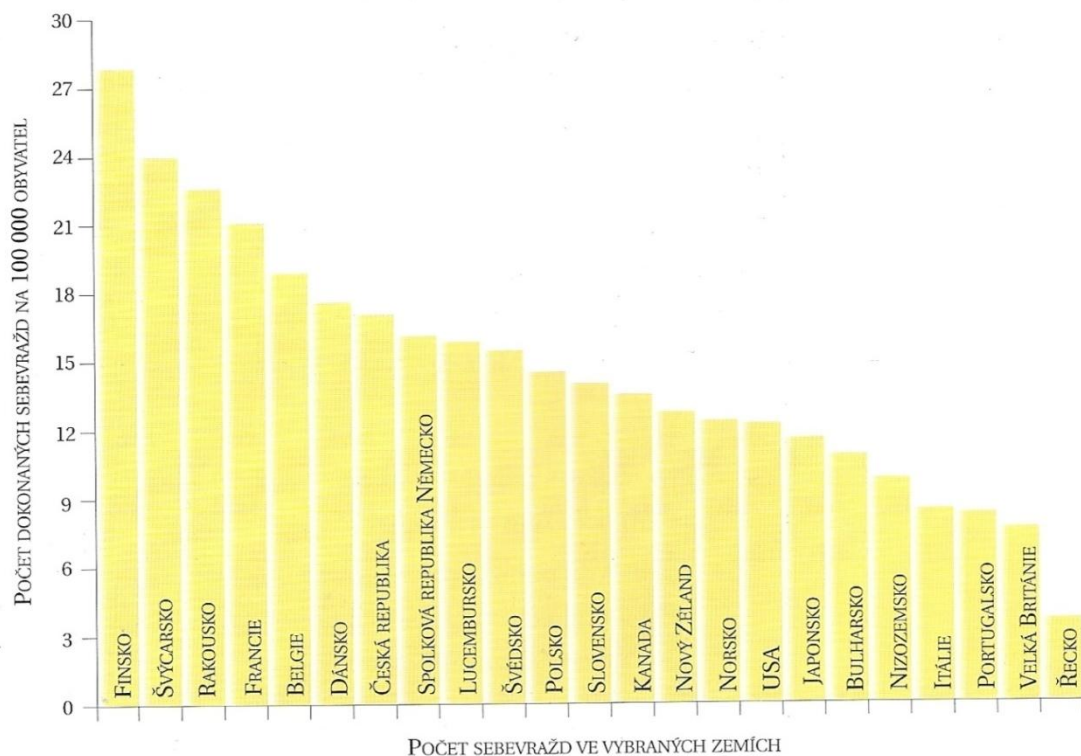
Co určitě nedělat a neříkat

- brát riziko na lehkou váhu, bagatelizovat jeho problémy
- celou situaci drammatizovat
- nezrazovat ho od svého činu
- moralizovat
- uklidňovat ho stylem „bude líp.“
- nesnažit se u sebevraha vyvolat výčitky svědomí
- povzbuzovat ho v jeho činu (Peterková, 2008-2012)

Obrázek č. 2 Počet sebevražd v některých zemích

Množství sebevražd v některých státech

Počty sebevražd jsou v různých státech světa různé. Nejvyšší sebevražednost má Finsko, nejnižší Řecko; proč je tomu tak, to se přesně neví. Sebevražednost se měří počtem dokončených sebevražd na 100 000 obyvatel. (V současné době je v České republice méně než 15 dokončených sebevražd na 100 000 obyvatel.)



(Převzato z McKenzie, 2001, s. 89)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 METODIKA VÝZKUMU

8.1 Cíle výzkumu

Cíl 1: Zjistit úroveň znalostí o problematice deprese u laické veřejnosti ve věku 20 – 55 let.

Cíl 2: Zhodnotit dostupnost informací o problematice deprese.

8.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek tvořily muži i ženy v různých věkových kategoriích v rozmezí 20 – 55 let. Respondenty jsem získala náhodně ve svém okolí. Neoslovovala jsem zdravotnické pracovníky, protože jsem chtěla zjistit míru informovanosti laické veřejnosti.

8.3 Metoda výzkumu

Pro kvantitativní šetření jsem zvolila metodu anonymního dotazníku. Tato metoda umožňuje získat potřebné informace od většího počtu respondentů.

Dotazník měl 3 strany (viz. Příloha III) a obsahoval 19 otázek. Nacházely se zde uzavřené, otevřené a polootevřené otázky. Otevřená otázka byla jen jedna (19). Uzavřených otázek bylo 11 (1, 2, 5, 6, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18) a polootevřených bylo 7 (3, 4, 7, 8, 9, 12, 16). Dotazník byl dobrovolný a anonymní. V úvodu dotazníku byly uvedeny základní informace o mně, vysvětlila, k čemu dotazník slouží, téma dotazníku a postup jeho vyplnění. Závěrem následovalo poděkování respondentům. Výzkumné šetření bylo provedeno během měsíců ledna, února a března 2012.

8.4 Organizace šetření

Po sestavení dotazníku jsem provedla pilotní studii, která spočívala v rozdělení 10 dotazníků anonymním respondentům. Pilotní studie probíhala v čase od 3. 1. 2012 do 17. 1. 2012, po získání dat z dotazníku nebylo třeba dále dotazník upravovat. Poté jsem rozdala 105 dotazníků ve svém nejbližším okolí. Průzkum probíhal od 18. 1. 2012 do 15. 3. 2012. Ze 105 dotazníků se mi vrátilo 103 kusů (98% úspěšnost vrácení). Žádné dotazníky nebylo třeba vyřadit.

8.5 Zpracování získaných dat

Získaná data jsem zpracovala v programech Microsoft Word a Microsoft Excel. V každé tabulce je uvedena absolutní četnost, která udává počet respondentů, odpovídajících na danou otázku stejnou odpovědí, a relativní četnost, která udává procentuální zastoupení těchto respondentů. Ke každé otázce je vytvořena tabulka a graf. **Získaná data byla matematicky zaokrouhlena programem Microsoft Excel.**

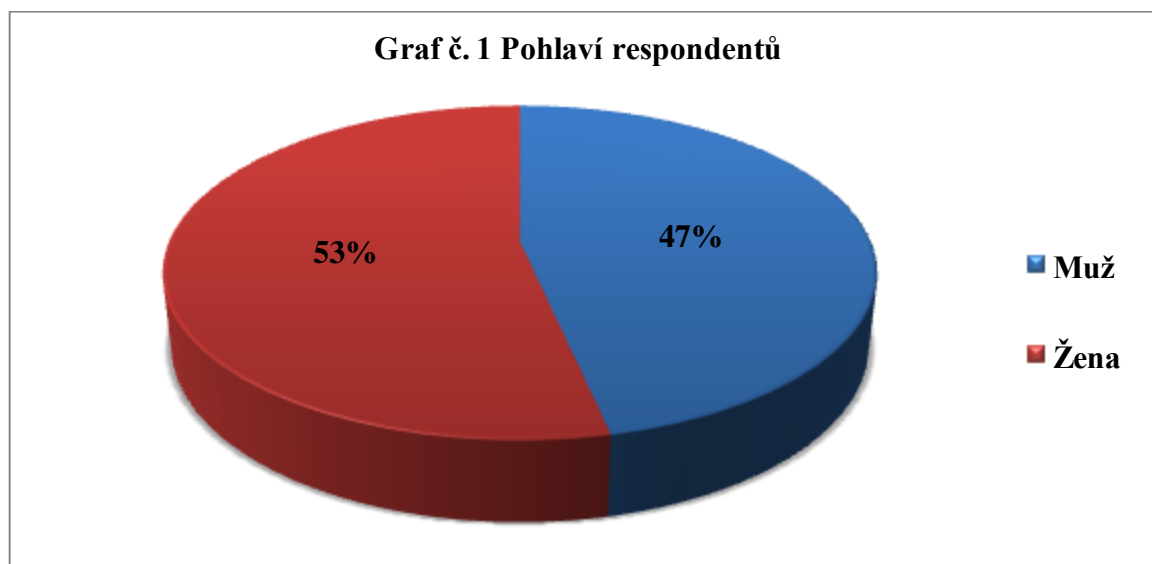
8.5.1 Zpracování dotazníků

Otázka č. 1 Vaše pohlaví

Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	55	53%
Muž	48	47%
Celkem	103	100%

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



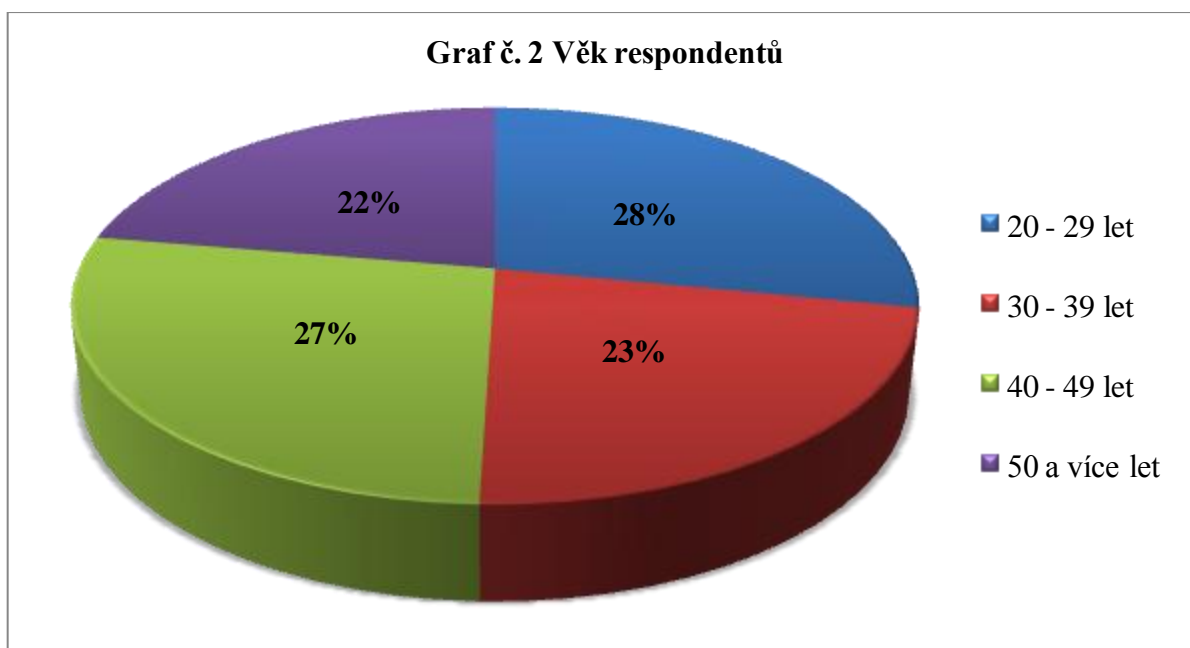
Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 103 osob, z toho bylo 48 mužů (47 %) a 55 žen (53 %).

Otázka č. 2 Věk

Tabulka č. 3 věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
20 – 29 let	29	28%
30 – 39 let	23	23%
40 – 49 let	28	27%
50 – 55 let	23	22%
Celkem	103	100%

Graf č. 2 Věk respondentů



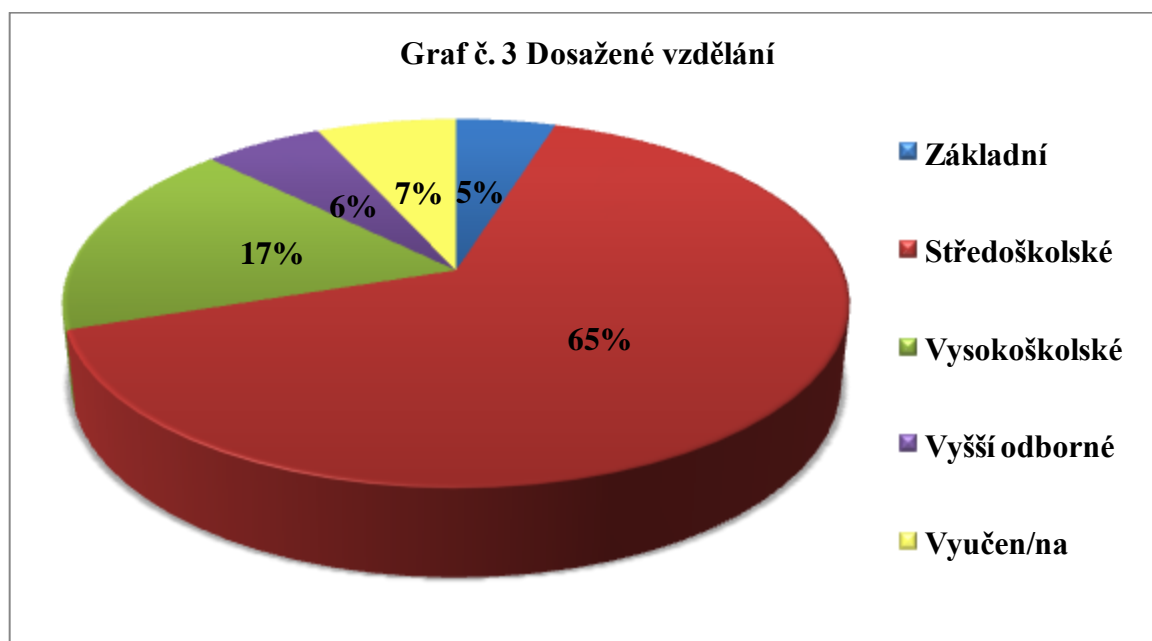
Počet respondentů z hlediska věku byl poměrně vyrovnaný. Nejvyšší počet byl ve věkové skupině 20 – 29 let (28 %). Druhá nejčastější skupina byla v kategorii 40 – 49 let (27 %). Dále následovala skupina 30 – 39 let (23 %) a nejméně zastoupená byla skupina 50 – 55 let (22 %).

Otázka č. 3 Jaké je vaše dosažené vzdělání?

Tabulka č. 4 Dosažené vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	5	5%
Středoškolské	67	65%
Vysokoškolské	18	17%
Vyšší odborné	6	6%
Vyučen/Vyučena	7	7%
Celkem	103	100%

Graf č. 3 Dosažené vzdělání



Nejvyšší počet respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání 67 (65 %). Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 18 respondentů (17 %). Třetí nejvíce zastoupenou skupinou byla kategorie vyučen/vyučena 7 (7 %). Za nimi se umístila skupina s vyšším odborným vzděláním v počtu zastoupení 6 (6 %). Nejmenší zastoupenou skupinou bylo základní vzdělání 5 (5 %).

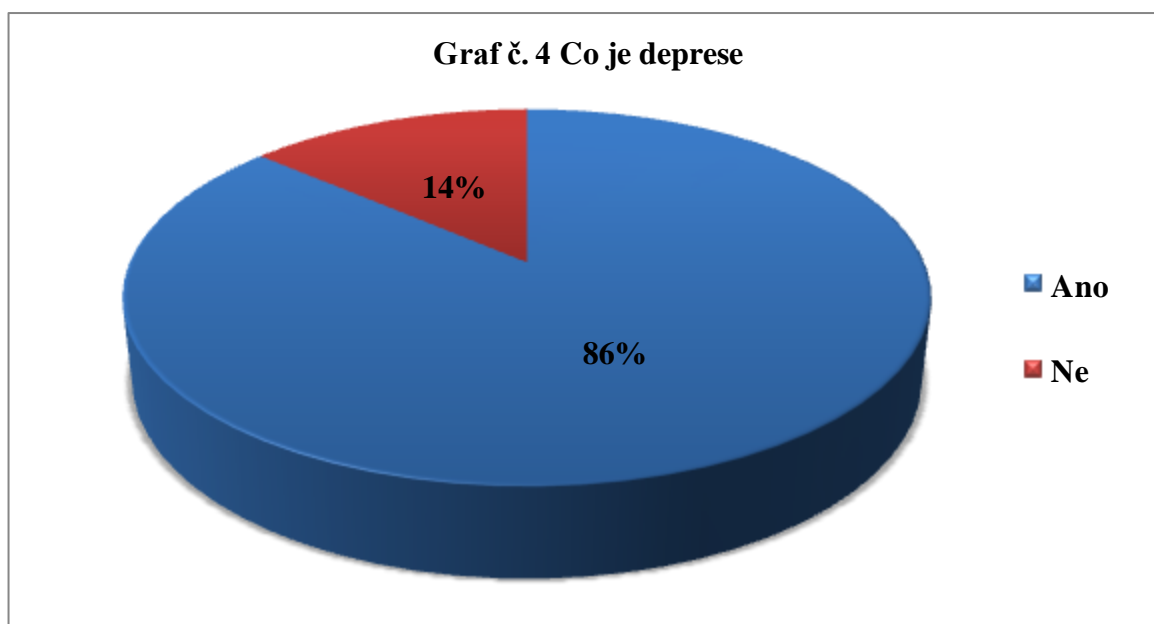
Otázka č. 4 Víte co je to deprese?

Pokud ano, pokuste se o definici.

Tabulka č. 5 Co je deprese

Víte co je deprese	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	89	86%
Ne	14	14%
Celkem	103	100%

Graf č. 4 Co je deprese

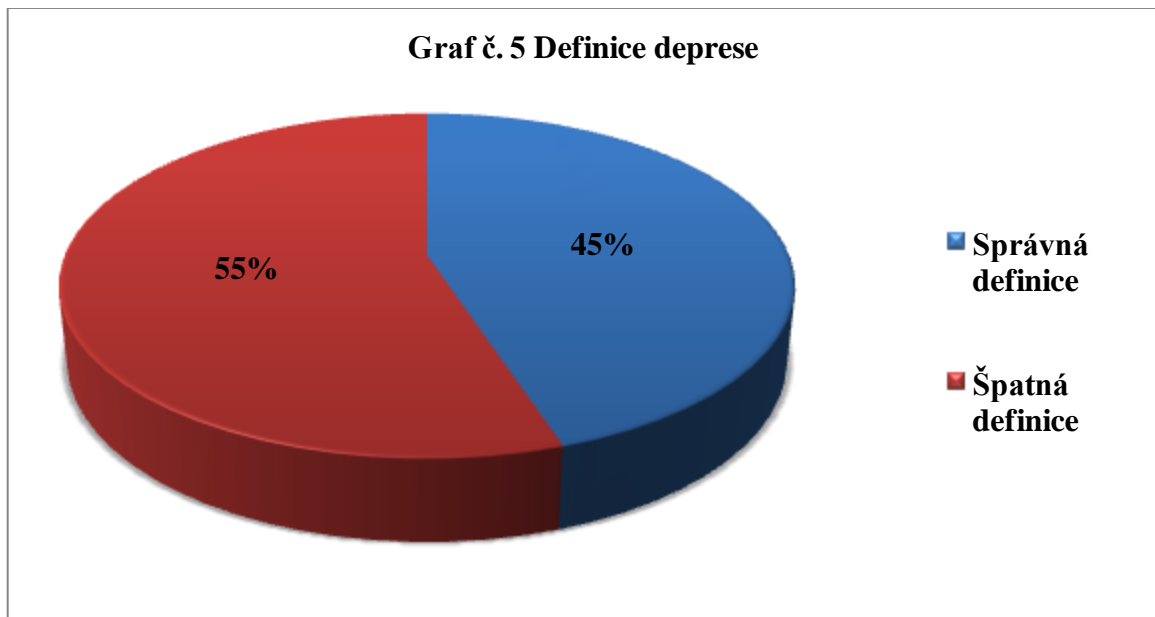


Na otázku zda respondenti vědí, co je deprese, odpovědělo 89 respondentů ano (86 %) a 14 ne (14 %).

Tabulka č. 6 Definice deprese

Z odpovědí Ano	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná definice	40	45%
Špatná definice	49	55%
Celkem	89	100%

Graf č. 5 Definice deprese



Na podotázku, zda mohou definovat depresi, však uvedlo 49 % špatnou definici (55 %), zbytek 40 respondentů (45%) uvedlo správnou definici. Zde je na ukázkou několik správných a špatných odpovědí.

Správné definice:

„Stav chronického smutku.“

„Permanentní pocit smutku, bez příčiny, patologický smutek, neschopnost se radovat – může vyústit v sebevraždu.“

„Dlouhodobý pokles mysli, stráta sebevědomí, životní nechuť, člověk má patologicky smutnou náladu, nic ho nebaví, psychická vyčerpanost, nechuť žít.“

Nesprávné definice, které respondenti uváděli:

„Vstávat v pondělí ráno do práce.“

„Pocit strachu a úzkosti.“

„Nepříjemný stav.“

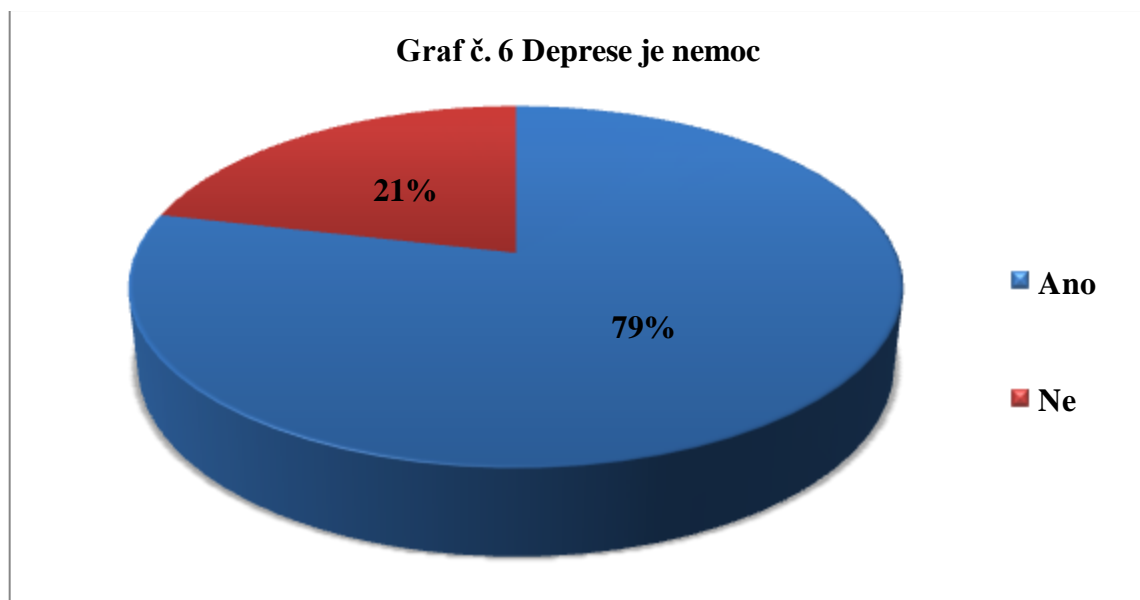
„Porucha osobnosti.“

Otázka č. 5 Myslíte si, že deprese je nemoc?

Tabulka č. 7 Deprese je nemoc

Deprese je nemoc	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	81	79%
Ne	22	21%
Celkem	103	100%

Graf č. 6 Deprese je nemoc



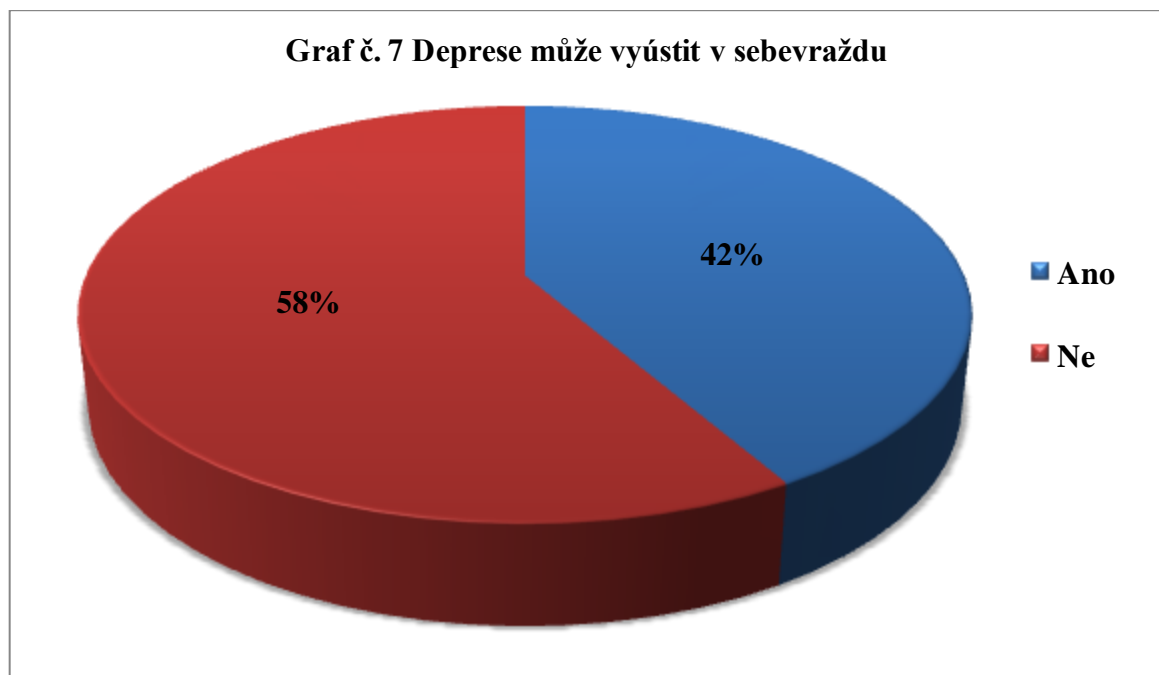
Na otázku, jestli je deprese nemoc, odpovědělo 81 respondentů ano (79 %). 22 respondentů se domnívá, že deprese nemoc není (21 %).

Otázka č. 6 Myslíte si, že deprese může vyústit v sebevraždu?

Tabulka č. 8 Deprese může vyústit v sebevraždu

Sebevražda	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	47	42%
Ne	56	58%
Celkem	103	100%

Graf č. 7 Deprese může vyústit v sebevraždu



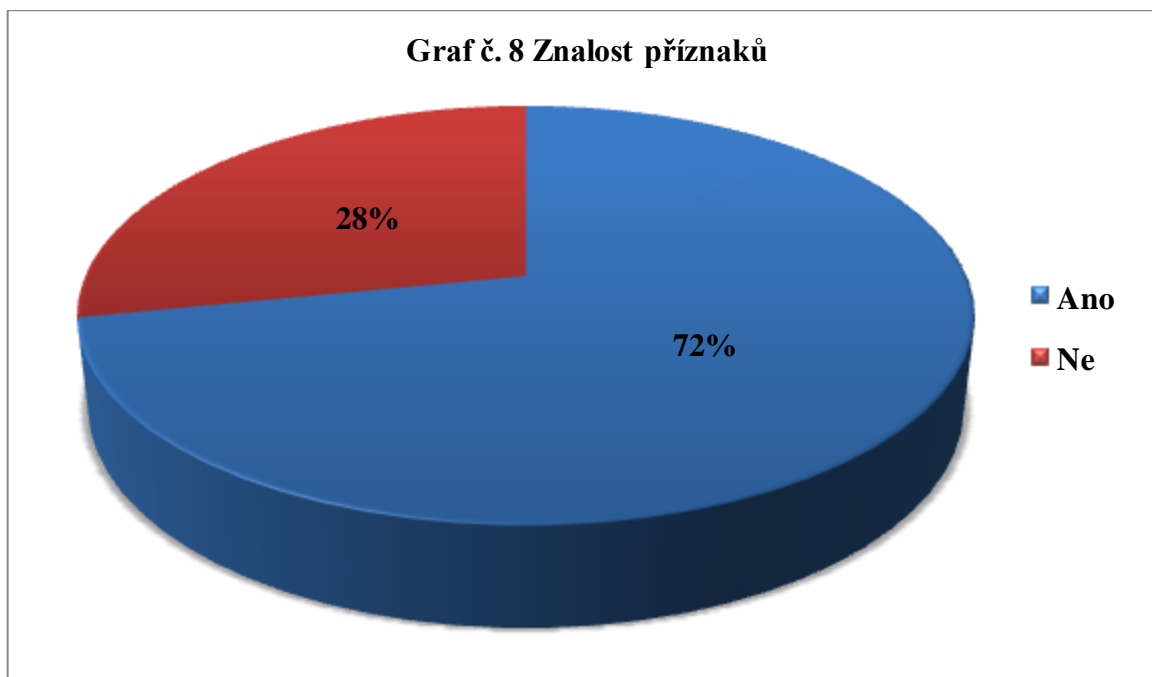
Na otázku, zda deprese může vyústit v sebevraždu, odpovědělo kladně 47 respondentů (42 %) a záporně 56 respondentů (58 %).

Otázka č. 7 Znáte nějaké příznaky, kterými se deprese projevuje?**Pokud ano, jmenujte.**

Tabulka č. 9 Znalost příznaků

Příznaky deprese	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	74	72%
Ne	29	28%
Celkem	103	100%

Graf č. 8 Znalost příznaků

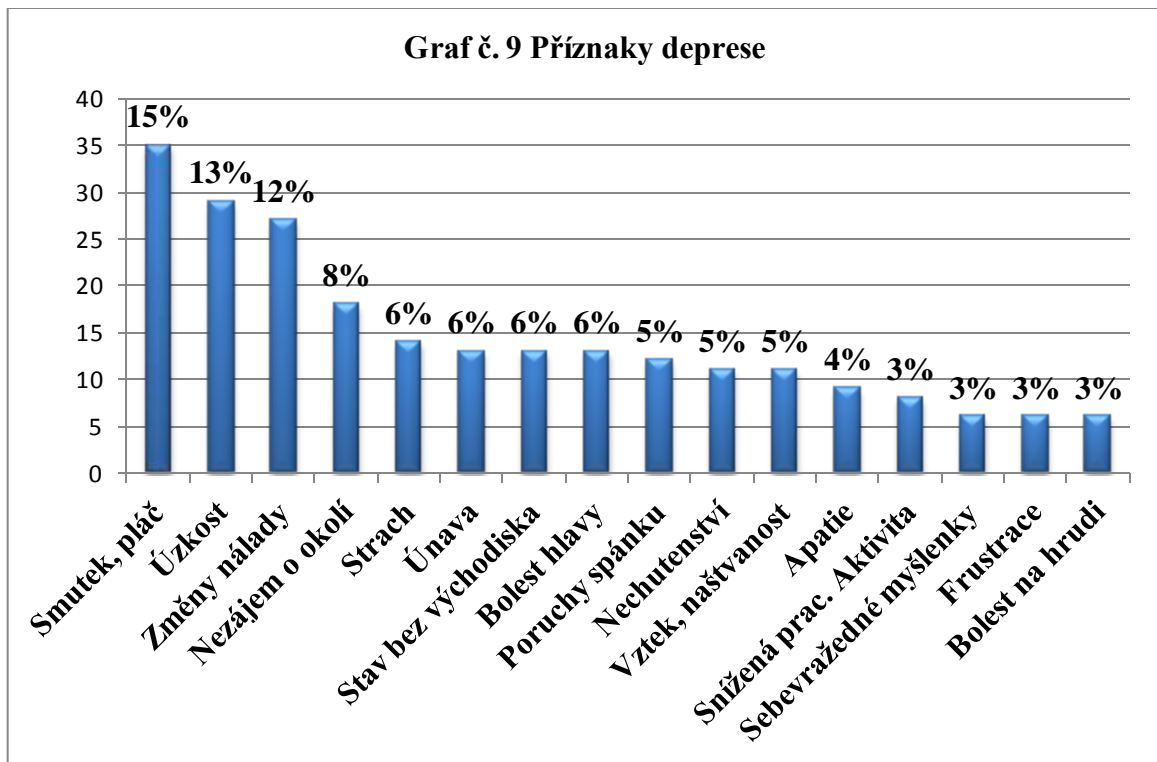


Na otázku, zda respondenti dokážou jmenovat nějaké příznaky deprese, 74 respondentů (72 %) odpovědělo, že zná nějaké příznaky nemoci, 29 respondentů (28 %) nedokáže jmenovat žádný příznak deprese.

Tabulka č. 10 Příznaky deprese

Příznaky deprese	Absolutní četnost	Relativní četnost
Smutek, pláč	35	15%
Úzkost	29	13%
Změny nálady	27	12%
Nezájem o okolí	18	8%
Strach	14	6%
Únava	13	6%
Stav bez východiska	13	6%
Bolest hlavy	13	6%
Poruchy spánku	12	5%
Nechutenství	11	5%
Vztek, naštvanost	11	5%
Apatie	9	4%
Snížená pracovní aktivita	8	3%
Sebevražedné myšlenky	6	3%
Frustrace	6	3%
Bolest na hrudi	6	3%
Celkem	231	103%

Graf č. 9 Příznaky deprese



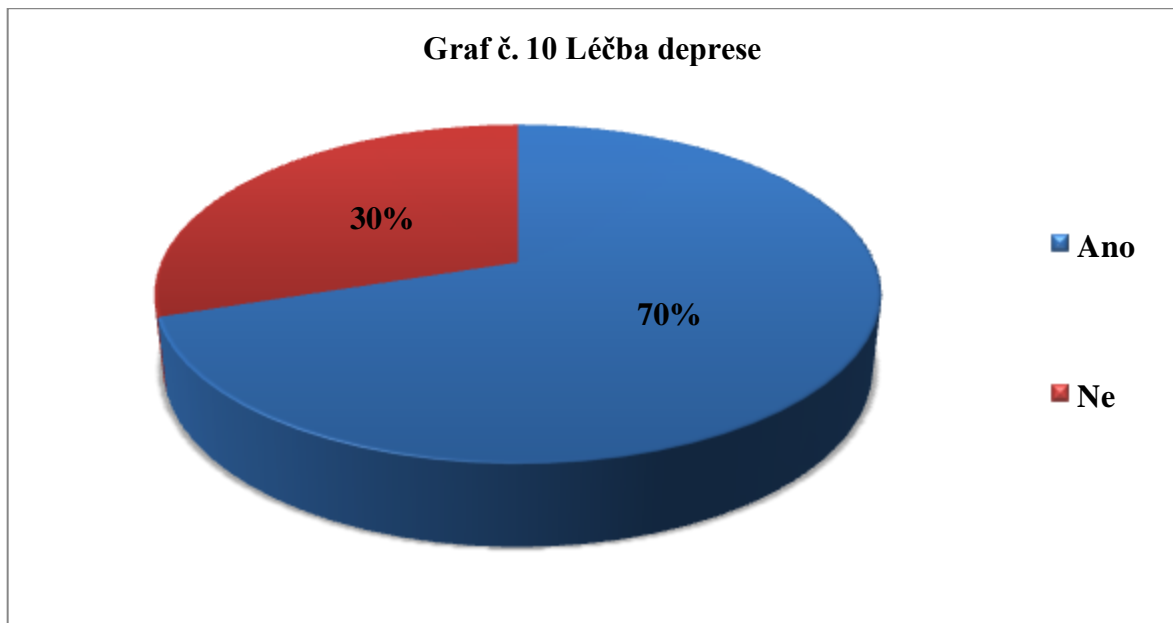
Respondenti byli schopni vyjmenovat velkou škálu příznaků. Nejvíce respondentů uvedlo příznak smutek, pláč 35 (15 %). Druhý nejčastější příznak byl úzkost, tu uvedlo 29 respondentů (13 %). Třetí nejčastější jmenovaný příznak byly změny nálady, ten uvedlo 27 respondentů (12 %). Nezájem o okolí uvedlo 18 respondentů (8 %), strach uvedlo 14 respondentů (6 %), únavu uvedlo 13 respondentů (6 %), stav bez východiska 13 respondentů (6 %), bolest hlavy uvedlo 13 respondentů (6 %) a poruchy spánku uvedlo 12 respondentů (5%). Příznaky nechutenství a vztek uvedlo 11 respondentů (5 %). Apatii uvedlo 9 respondentů (4 %) a sníženou pracovní aktivitu uvedlo 8 respondentů (3 %). Nejméně respondentů 6 (3%) uvedlo příznaky sebevražedné myšlenky, frustrace a bolest na hrudi. Všechny příznaky, uvedené respondenty, jsou správné a mohou signalizovat výskyt deprese.

Otázka č. 8 Víte, jak se deprese léčí?**Pokud ano, jmenujte.**

Tabulka č. 11 Léčba deprese

Léčba deprese	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	72	70%
Ne	31	30%
Celkem	103	100%

Graf č. 10 Léčba deprese

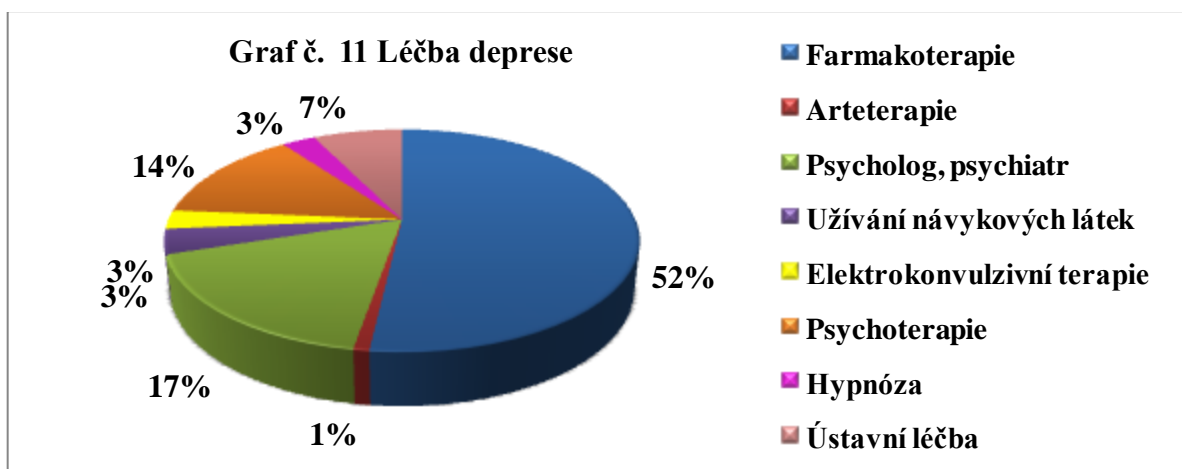


Na otázku, zda respondenti znají nějaký druh léčby deprese, odpovědělo kladně 72 respondentů (70 %), záporně odpovědělo 31 respondentů (30 %).

Tabulka č. 12 Léčba deprese

Léčba deprese	Absolutní četnost	Relativní četnost
Farmakoterapie	57	52%
Psycholog, psychiatr	19	17%
Psychoterapie	15	14%
Užívání návykových látek	4	3%
Elektrokonvulzivní terapie	3	3%
Hypnóza	3	3%
Arteterapie	1	1%
Ústavní léčba	8	7%
Celkem	110	100%

Graf č. 11 Léčba deprese



Nejčastější odpovědí, kterou uvedlo 57 respondentů (52 %), byla farmakologická léčba. Druhou nejčastější odpovědí byla návštěva u psychologa nebo psychiatra. Tento způsob léčby uvedlo 19 respondentů (17 %). Třetí nejčastější odpovědí byla psychoterapie, kterou uvedlo 15 respondentů (14 %). Další způsoby léčby měly výrazně méně odpovědí. Čtyři respondenti (3 %) uvedli jako způsob léčby užívání návykových látek. Další dva způsoby léčby (hypnóza a elektrokonvulzivní terapie) uvedli jen 3 respondenti (3 %). Arteterapii uvedl pouze jeden respondent (1 %). Osm respondentů (7 %) uvedlo jako způsob léčby deprese ústavní léčbu. Je třeba zde zdůraznit, že hypnóza a užívání návykových látek se při léčbě deprese neuvádějí.

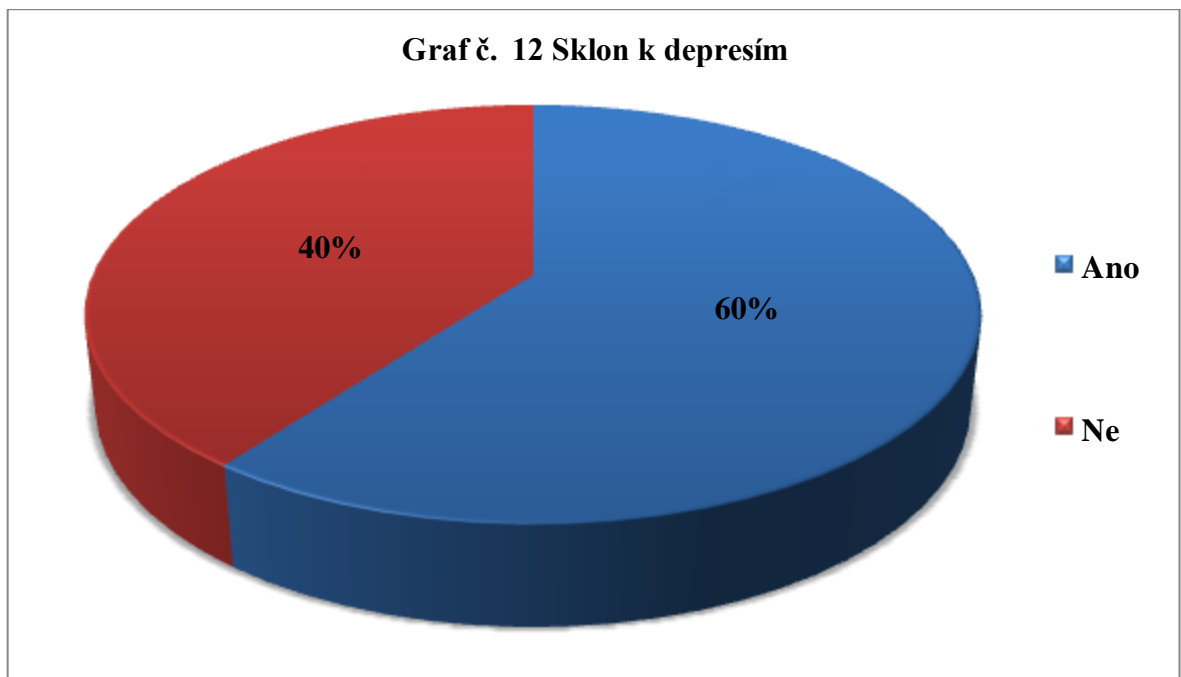
Otázka č. 9 Myslíte si, že někteří lidé mají větší sklon k depresím?

Pokud ano, jmenujte.

Tabulka č. 13 Sklon k depresím

Sklon k depresím	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	62	60%
Ne	41	40%
Celkem	103	100%

Graf č. 12 Sklon k depresím

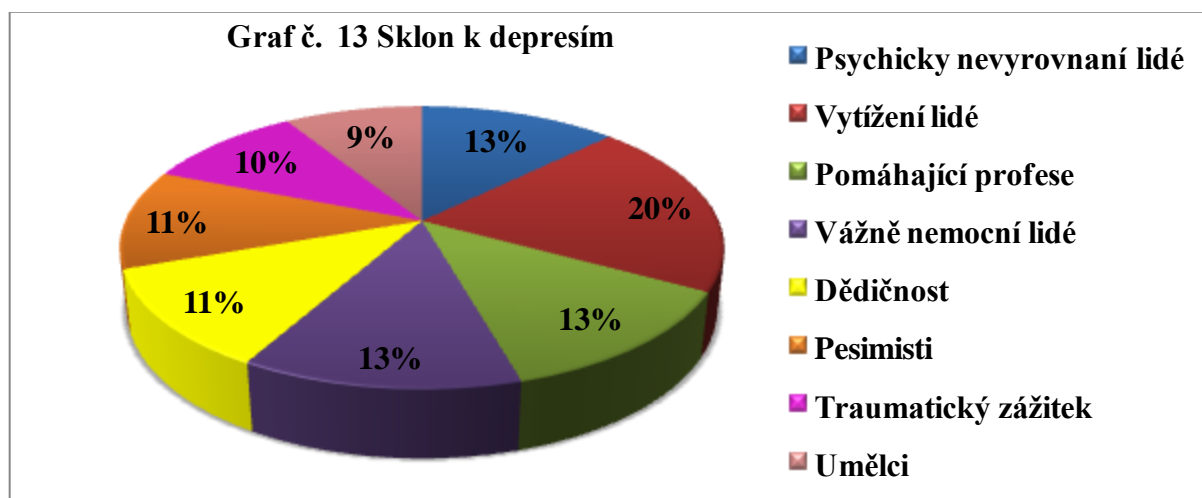


Někteří lidé mají větší sklon k depresím, tuto odpověď uvedlo 62 respondentů (60 %). Negativní názor uvedlo 41 respondentů (40 %).

Tabulka č. 14 Sklon k depresím

Sklon k depresím	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vytížení lidé	16	20%
Pomáhající profese	10	13%
Psychicky nevyrovnaní lidé	10	13%
Vážně nemocní lidé	10	13%
Dědičnost	9	11%
Pesimisti	9	11%
Traumatický zážitek	8	10%
Umělci, populární osoby	7	9%
Celkem	83	100%

Graf č. 13 Sklon k depresím



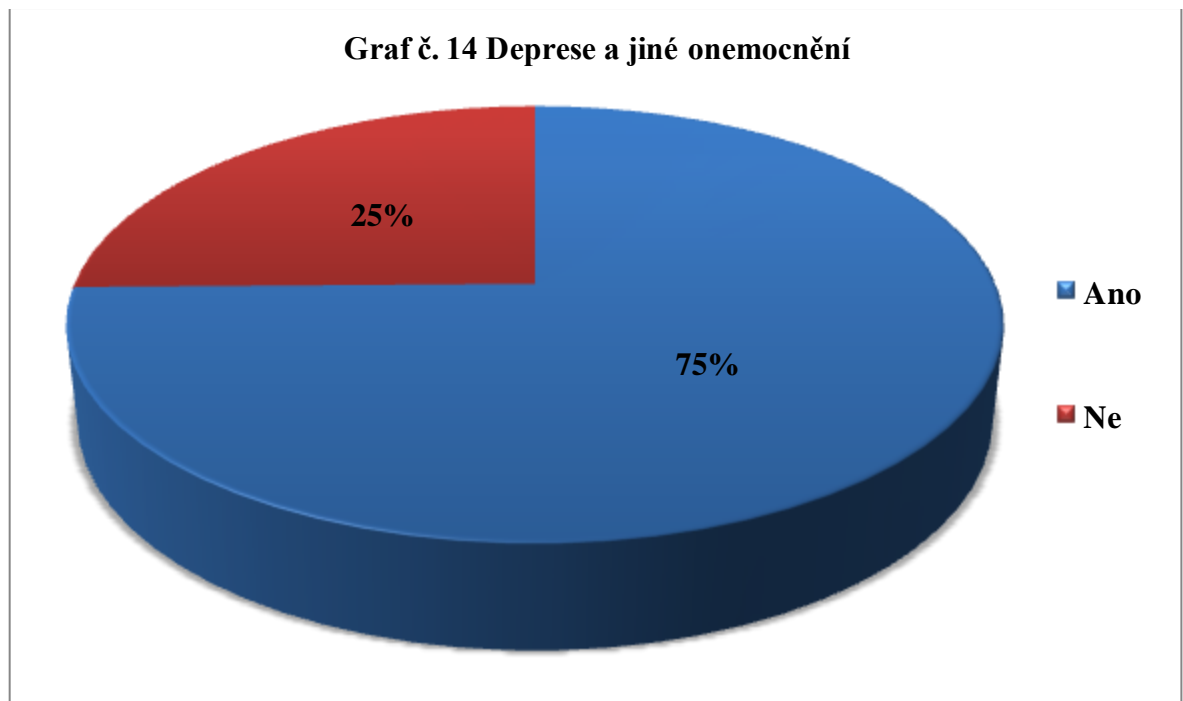
Respondenti uvedli mnoho příkladů lidí, kteří mají větší sklon k depresím. Tyto odpovědi byly hodně vyrovnané co do počtu respondentů. Nejvíce respondentů 16 (20 %) uvedlo, že největší sklon k depresím mají vytížení lidé. Na dalším místě se stejným počtem respondentů, 10 (13 %), skončili psychicky nevyrovnaní lidé, vážně nemocní lidé a pomáhající profese. Na pomyslném třetím místě skončili pesimisti a dědičnost, kteří měli stejný počet respondentů 9 (11 %). Sklon k depresím mají lidé po traumatickém zážitku, toto tvrzení uvedlo 8 respondentů (10 %). Nejméně respondentů 7 (9 %) uvedlo, že dispozice k depresím mají umělci a mediálně známé osoby.

Otázka č. 10 Myslíte si, že deprese může doprovázet nějaké onemocnění?

Tabulka č. 15 Deprese a jiné onemocnění

Deprese a jiné onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	77	75%
Ne	26	25%
Celkem	103	100%

Graf č. 14 Deprese a jiné onemocnění



Zda deprese může doprovázet jiné onemocnění, označilo 77 respondentů (75 %) odpověď ano. Odpověď ne označilo 26 respondentů (25 %).

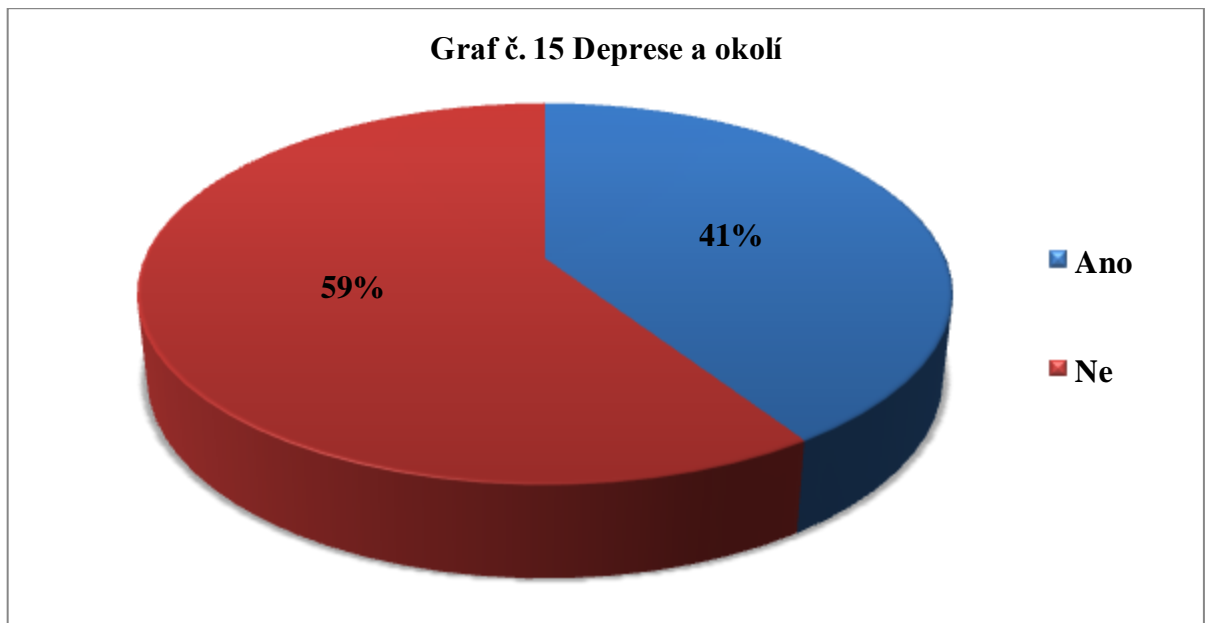
Otázka č. 11 a 12 Trpí ve vašem okolí někdo depresemi?

Pokud Ano. Kdo ve vašem okolí trpí depresemi?

Tabulka č. 16 Deprese a okolí

Deprese a okolí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	42	41%
Ne	61	59%
Celkem	103	100%

Graf č. 15 Deprese a okolí

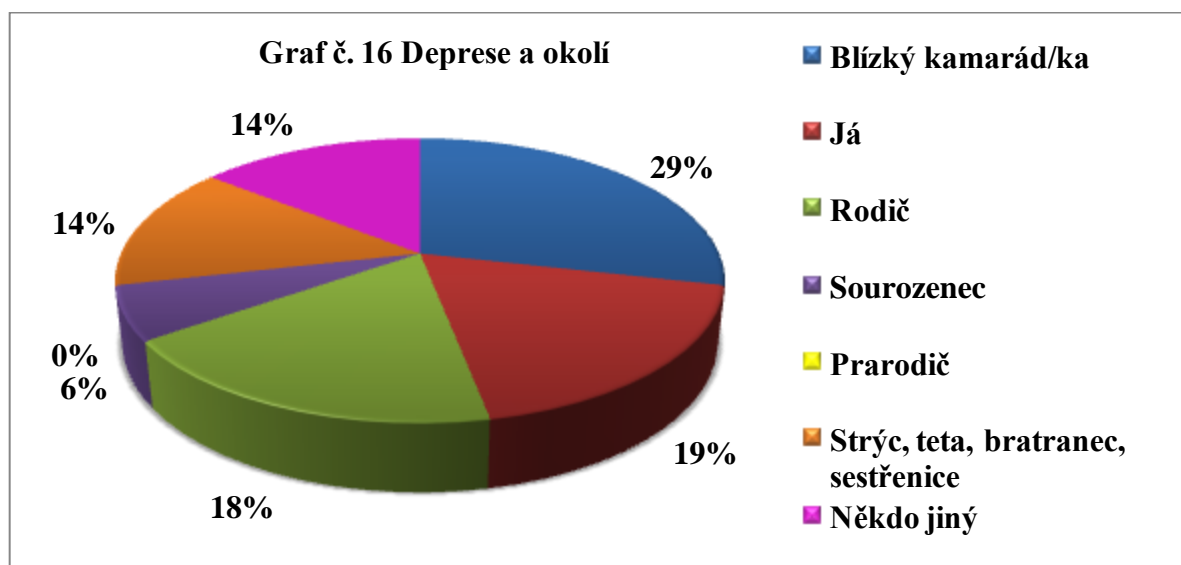


Na otázku zda někdo v okolí respondentů trpí depresemi, odpovědělo ano 42 respondentů (41 %) a ne 61 respondentů (59 %).

Tabulka č. 17 Deprese a okolí

Deprese a okolí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Já	9	19%
Rodič	9	18%
Sourozenec	3	6%
Prarodič	0	0%
Blízký kamarád/ka	14	29%
Strýc, teta, bratranec atd.	7	14%
Někdo jiný	7	14%
Celkem	49	100%

Graf č. 16 Deprese a okolí



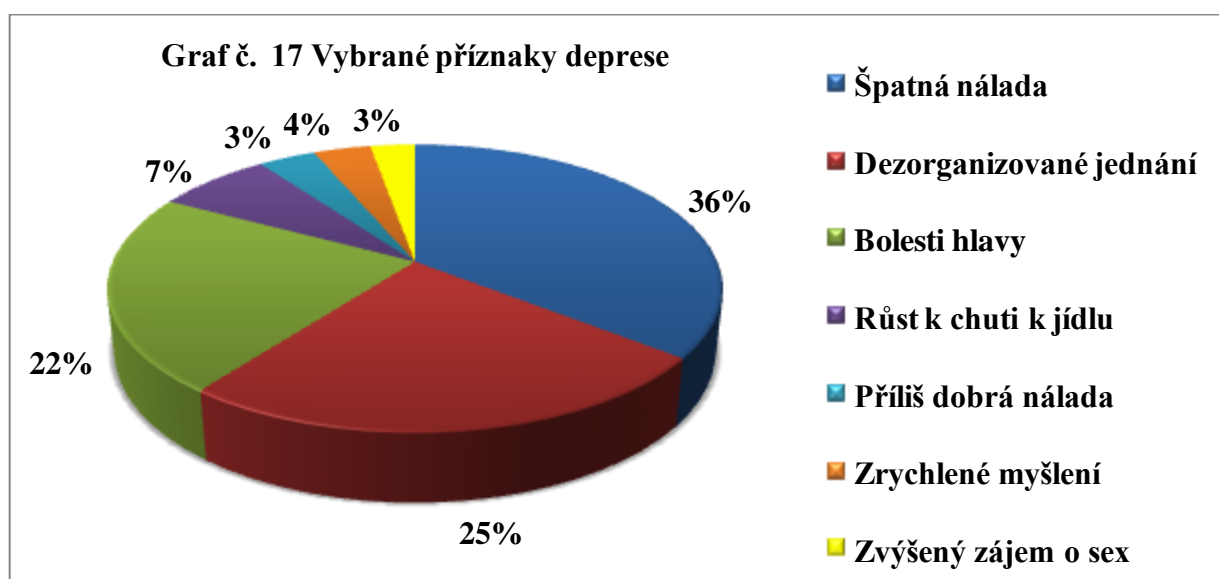
Z respondentů, kteří odpověděli kladně, největší množství odpovědí měla kategorie blízký kamarád/ka 14 (29 %). Na pomyslném druhém místě skončily se stejným počtem respondentů dvě kategorie a to rodič 9 (18 %) a Já 9 (19 %). Také další kategorie byly vyrovnané a to strýc, teta, bratranec, sestřenice a někdo jiný 7 (14 %). V kategorii někdo jiný ani jeden respondent nerozvedl dále svou odpověď. Sourozence označili 3 respondenti (6 %). Prarodiče neoznačil ani jeden respondent.

Otázka č. 13 Označte, které z uvedených příkladů jsou podle Vás příznaky deprese.

Tabulka č. 18 Vybrané příznaky deprese

Příznaky deprese	Absolutní četnost	Relativní četnost
Špatná nálada	89	36%
Dezorganizované jednání	62	25%
Bolesti hlavy	56	22%
Růst chuti k jídlu	18	7%
Příliš dobrá nálada	9	3%
Zrychlené myšlení	9	4%
Zvýšený zájem o sex	7	3%
Celkem	250	100%

Graf č. 17 Vybrané příznaky deprese



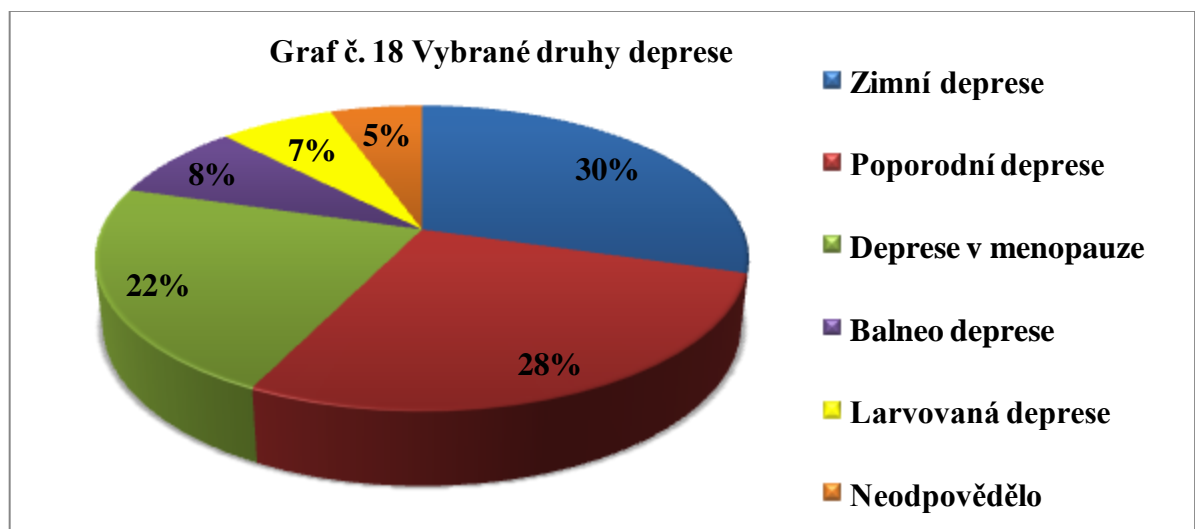
Mezi správné příznaky patří špatná nálada, dezorganizované jednání, bolesti hlavy a růst chuti k jídlu. Mezi špatné příznaky patří příliš dobrá nálada, zrychlené myšlení a zvýšený zájem o sex. Nejvíce respondentů označilo špatnou náladu 89 (36 %), dezorganizované jednání 62 (25 %) a bolesti hlavy 56 (22 %). Poslední ze správných příznaků růst chuti k jídlu označilo 18 respondentů (7 %). Příliš dobrou náladu označilo 9 respondentů (3 %), stejně jako zrychlené myšlení (4 %). Nejméně respondentů označilo zvýšený zájem o sex 7 (3 %). Správné příznaky tedy označilo 90 %, špatné příznaky označilo 10 %.

Otázka č. 14 Z uvedených příkladů označte, jaké jsou podle Vás druhy deprese.

Tabulka č. 19 Vybrané druhy deprese

Druhy deprese	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zimní deprese	65	30%
Poporodní deprese	61	28%
Deprese v menopauze	49	22%
Balneo deprese	18	8%
Larvovaná deprese	15	7%
Neodpovědělo	12	5%
Celkem	220	100%

Graf č. 18 Vybrané druhy deprese



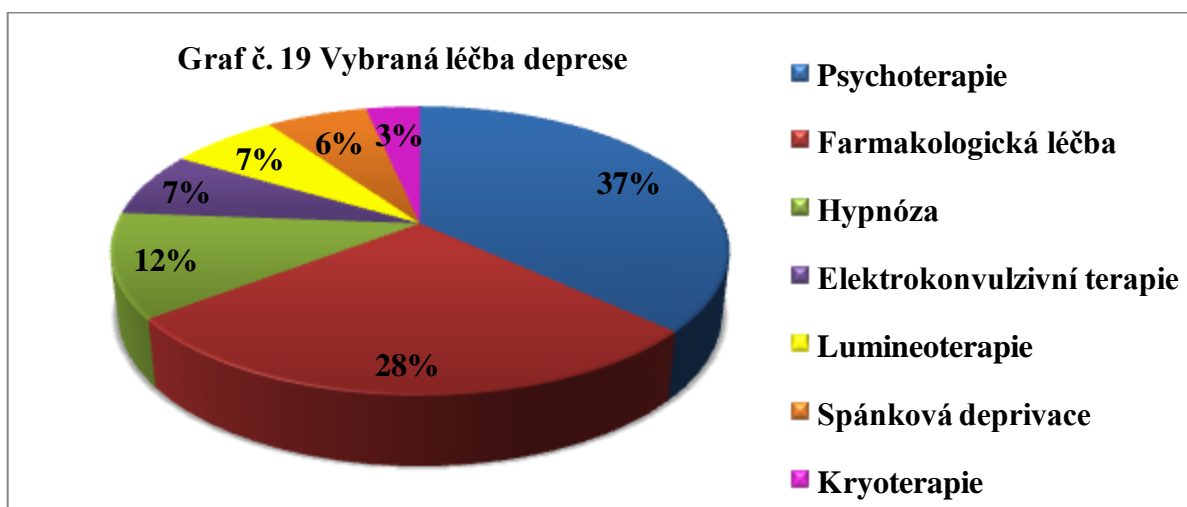
Správné druhy deprese jsou poporodní deprese, deprese v menopauze a larvovaná deprese. Nesprávné druhy deprese jsou zimní deprese a balneo deprese. Přestože druh zimní deprese neexistuje, označilo ji největší počet respondentů 65 (30 %). Druhou nejčastější odpovědí byla poporodní deprese, kterou označilo 61 respondentů (28 %). Na pomyslném třetím místě skončila deprese v menopauze s počtem respondentů 49 (22 %). Balneo depresi označilo 18 respondentů (8 %) a larvovanou depresi označilo 15 respondentů (7 %). Dvanáct respondentů (5 %) u této otázky neodpovědělo, u některých z nich se objevila odpověď: „nevím“.

Otázka č. 15 Z uvedených možností označte, jak se podle Vás deprese léčí.

Tabulka č. 20 Vybraná léčba deprese

Léčba deprese	Absolutní četnost	Relativní četnost
Psychoterapie	76	37%
Farmakologická léčba	57	28%
Hypnóza	24	12%
Elektrokonvulzivní terapie	15	7%
Lumineoterapie	14	7%
Spánková deprivace	13	6%
Kryoterapie	7	3%
Celkem	206	100%

Graf č. 19 Vybraná léčba deprese



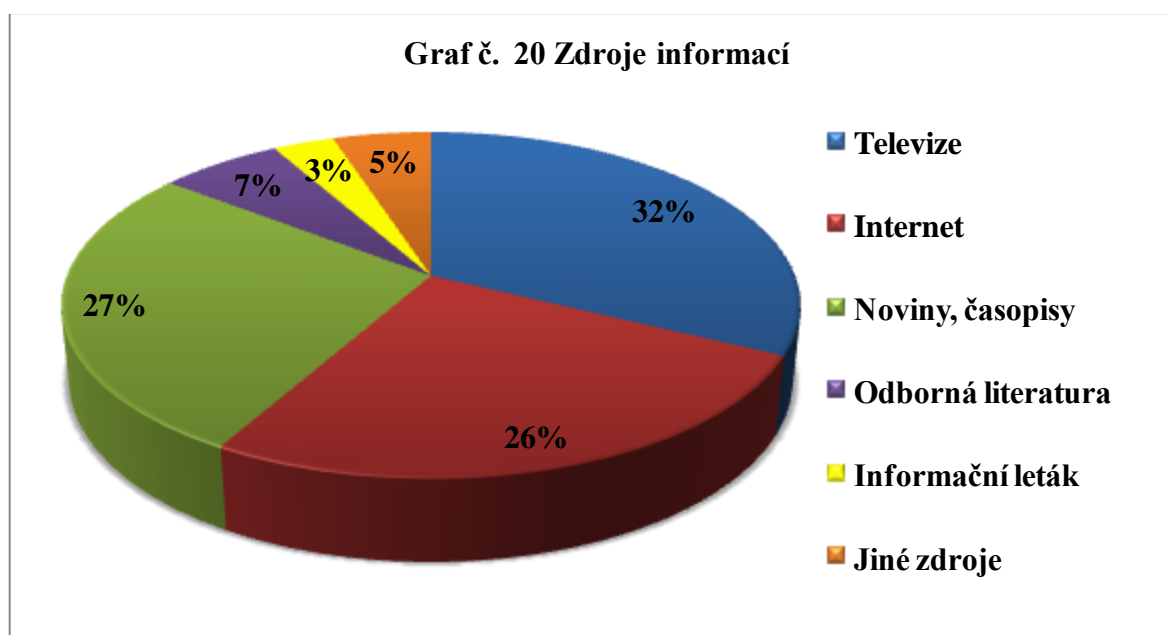
Mezi správné druhy léčby patří psychoterapie, farmakologická léčba, elektrokonvulzivní terapie a spánková deprivace. Mezi nesprávné druhy léčby patří kryoterapie, lumineoterapie a hypnóza. Respondenti označili v 78 % vhodnou terapii a v 22 % nesprávnou terapii. Nejvíce respondenti označovali psychoterapii 76 (37 %) a farmakologickou léčbu 57 (28 %). Třetí nejčastější označený druh léčby byla hypnóza, kterou nesprávně označilo 28 respondentů (12 %). Elektrokonvulzivní terapii označilo správně 15 respondentů (7 %) a spánkovou deprivaci 13 respondentů (6 %). Lumineoterapii a kryoterapii nesprávně označilo 14 (7 %) a 7 (3 %) respondentů.

Otázka č. 16 Kde jste se o problematice deprese dozvěděly?

Tabulka č. 21 Zdroje informací

Zdroje informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Televize	51	32%
Internet	41	26%
Noviny, časopisy	43	27%
Odborná literatura	10	7%
Informační leták	5	3%
Jiné zdroje	8	5%
Celkem	158	100%

Graf č. 20 Zdroje informací



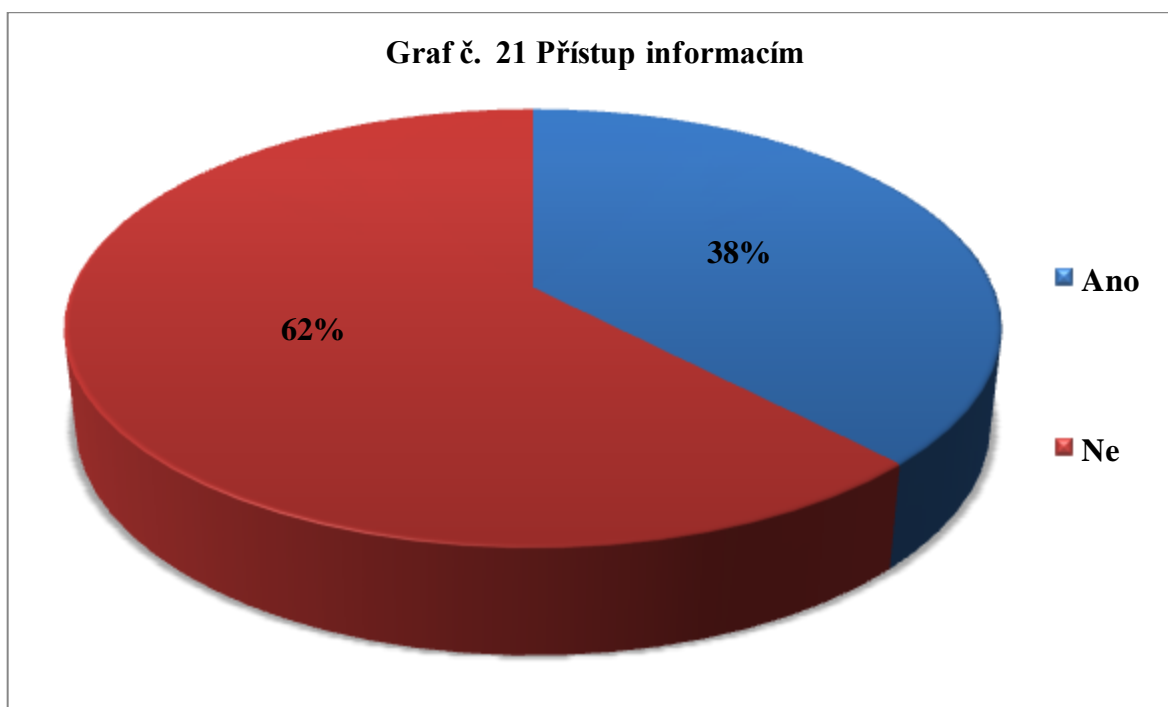
Přesně podle mého předpokladu mezi první tři zdroje se zařadily televize s 51 respondenty (32 %), internet s 41 respondenty (26 %) a noviny s 43 respondenty (27 %). Odbornou literaturu označilo 10 osob (7 %). Pouze 5 osob (3 %) označilo jako zdroj informační leták. Pod označením jiné zdroje označilo 8 respondentů (5 %) rádio.

Otázka č. 17 Domníváte se, že informace o problematice deprese jsou dobře přístupné?

Tabulka č. 22 Přístup informacím

Přístup informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	39	38%
Ne	64	62%
Celkem	103	100%

Graf č. 21 Přístup k informacím



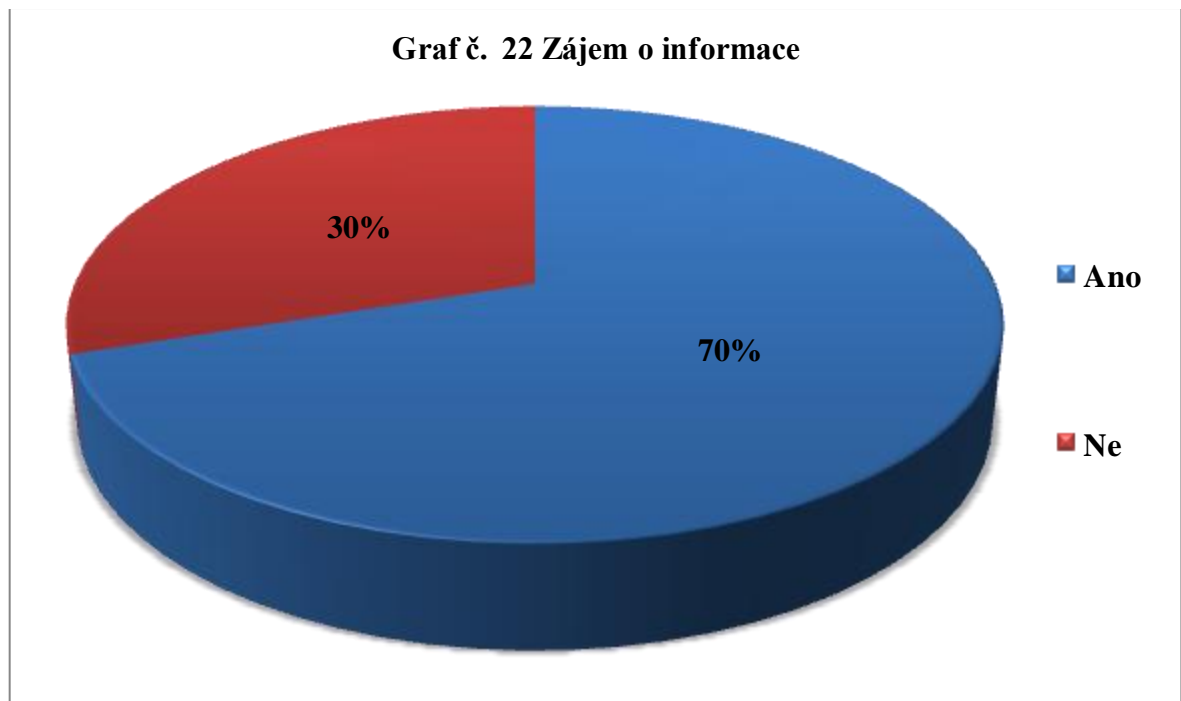
Velká část respondentů 64 (62 %) se domnívá, že informace o depresi jsou špatně přístupné. Menší část 39 respondentů (38 %) si myslí, že informace jsou dobře dostupné.

Otázka č. 18 Máte zájem dozvědět se o diagnóze deprese více informací?

Tabulka č. 23 Zájem o informace

Zájem o informace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	72	70%
Ne	31	30%
Celkem	103	100%

Graf č. 22 Zájem o informace



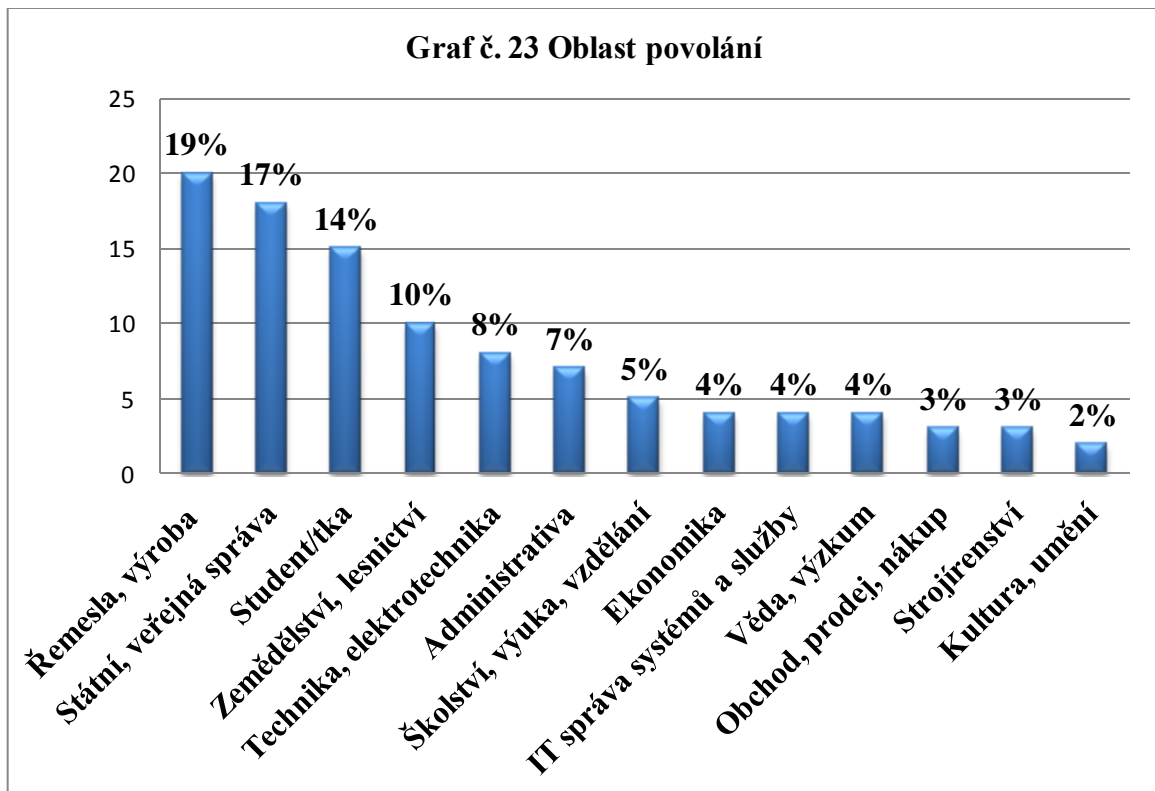
Nové informace o diagnóze deprese má zájemce dozvědět 72 respondentů (70 %). Pouze 30 respondentů (30 %) nemá zájem.

Otázka č. 19 Jaké je vaše povolání?

Tabulka č. 24 Povolání

Oblasti práce	Absolutní četnost	Relativní četnost
Řemesla, výroba	20	19%
Státní, veřejná správa	18	17%
Student/ka	15	14%
Zemědělství, lesnictví	10	10%
Technika, elektrotechnika	8	8%
Administrativa	7	7%
Školství, výuka, vzdělání	5	5%
Ekonomika	4	4%
IT správa systémů a služby	4	4%
Věda, výzkum	4	4%
Obchod, prodej, nákup	3	3%
Strojírenství	3	3%
Kultura, umění	2	2%
Celkem	103	100%

Graf č. 23 Oblast povolání



Nejvíce respondentů bylo z oblasti řemesla, výroba 20 (19 %). Druhá nejvíce zastoupená oblast státní, veřejná správa byla zastoupena osmnácti respondenty (17 %). Studenti tvořili třetí nejvíce zastoupenou kategorii 15 (14 %). Oblast zemědělství, lesnictví měla 10 respondentů (10 %). Technika a elektrotechnika měla 8 respondentů (8 %), administrativu zastupovalo 7 respondentů (7 %). Kategorie školství, výuku a vzdělání zastupovalo 5 respondentů (5 %). V oblasti ekonomie, IT správa systémů, věda a výzkum, zastupovalo stejný počet respondentů a to 4 (4 %). Stejně jako odvětví strojírenství a obchod, která měla také stejný počet respondentů a to 3 respondenty (3 %). Nejméně respondentů pocházelo z oblasti kultury, umění a to pouze 2 respondenti (2 %).

9 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývala tématem informovanosti laické veřejnosti o problematice deprese. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 103 respondentů, 55 žen a 48 mužů. Věk respondentů byl od 20 do 55 let. Cílem dotazníku bylo zjistit odpovědi na určené cíle.

První cíl měl zjistit úroveň znalostí o problematice deprese u laické veřejnosti ve věku 20 – 55 let. K tomuto cíli byla zaměřena většina otázek dotazníku a to otázky 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 a 19. Velká část respondentů (89) byla přesvědčena o tom, že vědí co to deprese je. Z těchto respondentů však větší část nedokázala dostatečně pojem deprese vysvětlit. Velká část si pod pojmem deprese představila úzkost. Více jak tři čtvrtiny respondentů odpověděla, že deprese je nemoc. Na otázku, zda neléčená deprese může vyústit v sebevraždu, odpověděli respondenti téměř vyrovnaně. Větší část však zvolila odpověď ne. Zdá se, že respondenti, pokud se jedná o symptomy deprese, jsou poměrně dobře informováni, protože 74 z nich dokázalo vyjmenovat alespoň jeden příznak. Mezi příznaky deprese se objevily: smutek, pláč, úzkost, změny nálady, nezáměr o okolí, strach, únava, stav bez východiska, bolest hlavy, poruchy spánku, nechutenství, vztek, apatie, snížená pracovní aktivita, sebevražedné myšlenky, frustrace a bolest na hrudi. Všechny jmenované příznaky patří k depresi, takže v této oblasti jsou respondenti dostatečně informováni. V dotazníku se také objevila ještě jedna otázka, která byla zaměřena na příznaky deprese. V tomto dotazu měli respondenti na výběr z několika příznaků a jejich úkolem bylo vybrat správné příznaky deprese. I v této otázce neměli respondenti problém a většina z nich tyto příznaky správně označila. 77 respondentů odpovědělo, že deprese může doprovázet jiné onemocnění. Otázky, zaměřené na léčbu a druhy deprese, se ukázaly pro respondenty poněkud obtížné. Z vybraných typů deprese označila velká část odpověď zimní deprese, která byla v tomto případě špatná. Respondenti znají zejména pojem poporodní deprese a deprese v menopauze. Jiné typy deprese jim příliš známé nejsou. Pokud se týká druhů léčby, respondentům je nejnámější farmakologická (antidepresiva) a psychoterapie. Ostatní druhy terapie nejsou respondentům moc známé. Více jak půlka respondentů uvedla, že v jeho okolí nikdo deprese netrpí. Zbytek respondentů (42) označilo, že v jeho okolí někdo deprese trpí. 9 dotazovaných uvedlo, že mívají problémy s depresemi. U otázky, zda někteří lidé mají větší sklon k depresím, 62 respondentů uvedlo odpověď ano. Vyjmenovali mnoho možností, např. vytížení lidé, pomáhající profese, pesimisti atd. Nejvíce mne však u této otázky překvapilo, že se neobjevila odpověď, ženy. Jak jsem uvedla ve své práci tak právě ženy mají mnohem větší sklon k depresím než muži, i přes to

tuto odpověď neuvedl žádný respondent. Poslední otázka dotazníku, byla zaměřena na povolání, jelikož jsem nechtěla, aby se výzkumného šetření zúčastnil zdravotnický personál, který by měl být o této problematice lépe informován než veřejnost. Jednotlivá povolání jsem zpracovala do grafu podle zaměření. Nejvíce respondentů bylo z oblasti řemesel a státní veřejné správy. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 15 studentů a z oblasti školství a vzdělání 5 respondentů. Další kategorie tvořilo vždy jen několik respondentů. Většina z respondentů dosáhla středoškolského vzdělání. Dále byly vysokoškoláci, vyučení lidé, lidé s vyšší odbornou školou a nakonec se objevilo i několik respondentů pouze se základní školou.

Myslím, že cíle se mi podařilo dosáhnout dobře. Laická veřejnost překonala moje očekávání a má lepší informace, než jsem se domnívala. Nejlépe informováni jsou zejména o oblasti příznaků deprese. Jisté rezervy mají v typech deprese a možnostech její léčby. Jak někteří sami uvedli, měli by zájem se právě o této problematice dozvědět více.

Druhým cílem bylo zjistit dostupnost informací o problematice deprese. Na tento cíl byly zaměřeny otázky z dotazníku číslo 16, 17 a 18. Většina respondentů se domnívá, že informace nejsou dobře přístupné a uvítali by, dozvědět se o této problematice více. Z výzkumného šetření také vyplynulo, že hlavní roli v informovanosti veřejnosti hrají televize, internet a veřejný tisk.

To, že respondenti mají zájem o další informace, se mi potvrdilo i na vlastní kůži. Spousta respondentů mi odevzdávalo vyplněné dotazníky a hned mi kladlo spoustu dotazů, které se týkaly problematiky deprese. Nejvíce se zajímaly o možnosti léčby deprese a druhy deprese.

Cíle se mi podařilo dosáhnout dobře. Respondenti si myslí, že informace o depresi nejsou příliš přístupné a rádi by získali v této oblasti nové informace.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala úrovní znalostí laické veřejnosti o diagnóze deprese. V teoretické části jsem definovala depresi, uvedla její základní rozdělení, vyjmenovala hlavní příznaky a komplikace. V neposlední řadě jsem uvedla možnosti léčby deprese.

V praktické části jsem měla stanoveno několik cílů. Prvním cílem bylo zjistit úroveň informovanosti laické veřejnosti a druhým cílem bylo zjistit dostupnost informací o deprese. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 103 respondentů, 55 žen a 48 mužů. Respondenti tvořili věkovou kategorii od dvaceti let do padesáti pěti let. Z celkového počtu respondentů bylo pouze 15 studentů. Z celkových výsledků práce vyplynulo, že laická veřejnost je dobře informována v oblasti příznaků deprese a jejím výskytu. Správné příznaky deprese uvedlo 74 respondentů. Tito respondenti dokázali vypsát celkem 231 příznaků. Také rizikové skupiny pro vznik deprese nečinily respondentům problém. Uvést některou z rizikových skupin dokázalo 62 respondentů. U této otázky bylo překvapivé, že ani jeden z respondentů neuvedl za rizikovou skupinu ženy. Deficit informací jsem upozorovala zejména v oblasti léčby deprese a typech deprese. Zde nejvíce respondentů uvedlo, že se deprese léčí farmakologicky (57 respondentů) a pomocí psychoterapie (76 respondentů), jiné způsoby léčby se objevovaly pouze výjimečně. Také by se neměla podceňovat informovanost o vztahu deprese a výskytu sebevražd, jelikož větší část respondentů (57) se domnívá, že deprese nevede k sebevražednému jednání, i přes to, že ze tří čtvrtin lidé páchají sebevraždu z důvodu deprese. Dotazníkové šetření ukázalo, že 9 respondentů trpí depresí a 42 respondentů zná někoho, kdo jimi trpí.

V oblasti dostupnosti informací jsem zjistila, že veřejnost se domnívá, že informace o této diagnóze by mohly být lépe přístupné. Laická veřejnost by jednoznačně uvítala více nových informací. 64 respondentů si myslí, že informace nejsou dobře přístupné a 72 respondentů by uvítalo více informací o této problematice. Právě proto jsem si zvolila jako výstup své práce vytvořit informační leták o problematice depresí. (viz. Příloha IV)

Domnívám se, že téma bakalářské práce jsem si zvolila dobře, protože se předpokládá, že do roku 2020 se stavy úzkosti a deprese stanou třetí nejrozšířenější nemocí na světě. Proto je třeba dbát na dostatečnou informovanost veřejnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

- [1] PRAŠKO, J., H. PRAŠKOVÁ a J. PRAŠKOVÁ, 2003. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-809-0.
- [2] HÖSCHL, CYRIL et al, 2004. *Psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Tigris. ISBN 80-900130-7-4.
- [3] PRAŠKO, JÁN et al, 2007. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-865-1.
- [4] PRAŠKO, JÁN, 2005. *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-997-6.
- [5] MCKENZIE, KWAME, 2001. *Deprese*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0093-X.
- [6] SAUL, KASSIN, 2007. *Psychologie*. Brno: Press. ISBN 978-80-251-1716-3.
- [7] VYBÍRAL, Z., J. ROUBAL et al, 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-682-7.
- [8] MEIER, P., F. MINIRTH, 1998. *Od deprese ke štěstí?* Praha: Návrat domů. ISBN 80-85495-82-1.
- [9] PRAŠKO, J., B. BULIKOVÁ a Z. SIGMUNDOVÁ, 2009. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-656-4.
- [10] LÁTALOVÁ, KLÁRA, 2010. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3125-4.
- [11] FRANKEL, B., R. KRANZOVÁ, 1998. *O sebevraždách*. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-7106-234-0.
- [12] KOUTEK, J., J. KOCOURKOVÁ, 2007. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-349-9.
- [13] RAHN, E., A. MAHNKOPF, 2000. *Psychiatrie učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-964-0.
- [14] GAY, CHRISTIAN, 2010. *Bipolární porucha*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7363-668-1.
- [15] MALONEY, M., R. KRANZOVÁ, 1996. *O úzkosti a depresi*. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-7106-170-0.

Elektronické a jiné zdroje:

- [16] LAŇKOVÁ, J., J. SIBLÍKOVÁ. *Deprese: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře* [online]. Praha: CDP-PL, 2004 [cit. 2012-03-18]. ISBN 80-903573-1-8. Dostupné z: http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4766/Version1/Deprese.pdf
- [17] PETERKOVÁ, Michaela. *Deprese. Deprese – co to je* [online]. 2008-2012 [cit. 2012-05-26]. Dostupné z: <http://www.deprese.psychoweb.cz/>
- [18] PETERKOVÁ, Michaela. *Sebevražda. Sebevražda – úvod* [online]. 2008-2012 [cit. 2012-05-26]. Dostupné z: <http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ECT	Elektrokonvulzivní terapie
ICHS	Ischemická choroba srdeční
IM	Infarkt myokardu
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
NIHM	Národní institut duševního zdraví
Např.	Například
SSRI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
WHO	World Health Organization (Světová Zdravotnická Organizace)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1	Mechanismus účinku antidepresiv.....	25
Obrázek č. 2	Počet sebevražd v některých zemích.....	30

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Nejčastější životní události	19
Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů.....	33
Tabulka č. 3 věk respondentů	34
Tabulka č. 4 Dosažené vzdělání.....	35
Tabulka č. 5 Co je deprese	36
Tabulka č. 6 Definice deprese.....	36
Tabulka č. 7 Deprese je nemoc	38
Tabulka č. 8 Deprese může vyústit v sebevraždu	39
Tabulka č. 9 Znalost příznaků.....	40
Tabulka č. 10 Příznaky deprese	41
Tabulka č. 11 Léčba deprese.....	43
Tabulka č. 12 Léčba deprese.....	44
Tabulka č. 13 Sklon k depresím.....	45
Tabulka č. 14 Sklon k depresím.....	46
Tabulka č. 15 Deprese a jiné onemocnění	47
Tabulka č. 16 Deprese a okolí.....	48
Tabulka č. 17 Deprese a okolí.....	49
Tabulka č. 18 Vybrané příznaky deprese.....	50
Tabulka č. 19 Vybrané druhy deprese	51
Tabulka č. 20 Vybraná léčba deprese	52
Tabulka č. 21 Zdroje informací.....	53
Tabulka č. 22 Přístup informacím.....	54
Tabulka č. 23 Zájem o informace	55
Tabulka č. 24 Povolání.....	56
Tabulka č. 25 Pöldingerův dotazník	72

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	33
Graf č. 2 Věk respondentů	34
Graf č. 3 Dosažené vzdělání	35
Graf č. 4 Co je deprese.....	36
Graf č. 5 Definice deprese.....	37
Graf č. 6 Deprese je nemoc	38
Graf č. 7 Deprese může vyústit v sebevraždu.....	39
Graf č. 8 Znalost příznaků.....	40
Graf č. 9 Příznaky deprese	42
Graf č. 10 Léčba deprese.....	43
Graf č. 11 Léčba deprese.....	44
Graf č. 12 Sklon k depresím.....	45
Graf č. 13 Sklon k depresím.....	46
Graf č. 14 Deprese a jiné onemocnění	47
Graf č. 15 Deprese a okolí	48
Graf č. 16 Deprese a okolí	49
Graf č. 17 Vybrané příznaky deprese.....	50
Graf č. 18 Vybrané druhy deprese	51
Graf č. 19 Vybraná léčba deprese	52
Graf č. 20 Zdroje informací	53
Graf č. 21 Přístup k informacím.....	54
Graf č. 22 Zájem o informace	55
Graf č. 23 Oblast povolání	57

SEZNAM PŘÍLOH

PI BECKŮV DEPRESIVNÍ INVENTÁŘ

PII PÖLDINGERŮV DOTAZNÍK

PIII DOTAZNÍK

PIV NÁVRH BROŽURY

PŘÍLOHA P I: BECKŮV DEPRESIVNÍ INVENTÁŘ

21 položkový dotazník, určený ke zjištění míry deprese. Pacient zakroužkuje v každé položce (A až U) číslo, které nejvíce odpovídá jeho současným pocitům, myšlenkám, stavu apod. Je možno vyplňovat pravidelně například 2x týdně, aby bylo možné sledovat depresi.

HODNOCENÍ:

0 – 10	normální nálada
10 – 20	mírná deprese
20 – 40	střední deprese
40 – 60	silná deprese

DOTAZNÍK DEPRESIVNÍCH PŘÍZNAKŮ

Prosím zakroužkujte v každé položce od A do U odpověď, která nejvíce odpovídá vašemu současnému stavu.

- A** 0 Nejsem smutný nebo nešťastný
 1 Jsem smutný
 2a Jsem stále smutný a nemohu se toho zbavit.
 2b Jsem velmi smutný a nešťastný a trápí mě to.
 3 Jsem tak smutný nebo nešťastný, že se to nedá vydržet.
- B** 0 Svoji budoucnost nevidím pesimisticky.
 1 Má budoucnost se mi nezdá příliš nadějná.
 2a Mám pocit, že se nemám na co těšit.
 2b Mám pocit, že se svých obtíží nikdy nezbavím.
 3 Mám pocit, že má budoucnost je zcela beznadějná a není naděje na zlepšení.
- C** 0 Nemám pocit, že jsem v životě selhal.
 1 Mám pocit, že jsem selhal více, než je životní průměr.
 2a Mám pocit, že jsem v životě dokázal jen málo smysluplného či cenného.
 2b Když se zamyslím nad svým životem, je to jen řada neúspěchů.
 3 Mám pocit, že jako člověk/rodič/manžel atd. jsem zcela selhal.

- D** 0 Nejsem nijak zvlášť nespokojen.
1a Většinu času se nudím.
1b Věci mě nebaví tak jako dřív.
2 Z ničeho už nemám žádné potěšení.
3 Cítím nespokojenost úplně se vším.
- E** 0 Nemám žádné zvláštní pocity viny.
1 Dosti často se cítím špatný a bezcenný.
2a Mám značné pocity viny.
2b Prakticky stále se teď cítím špatný a bezcenný.
3 Mám pocit, že jsem úplně špatný a bezcenný.
- F** 0 Nemám pocit, že bych byl za něco trestán.
1 Mám pocit, že by se mi mohlo přihodit něco špatného.
2 Mám pocit, že jsem trestán nebo že budu potrestán.
3a Mám pocit, že si zasloužím být potrestán.
3b Přeji si, abych byl potrestán.
- G** 0 Nejsem se sebou nespokojený.
1a Jsem se sebou nespokojený.
1b Nemám se rád.
2 Jsem sám sebou znechucený.
3 Nenávidím sám sebe.
- H** 0 Nemám pocit, že bych byl horší než někdo druhý.
1 Ke svým slabším a chybám jsem velmi kritický.
2a Dávám si vinu za všechno špatné, co se stane.
2b Mám pocit, že mám řadu závažných chyb.
- I** 0 Nikdy mě nenapadne, že bych si ublížil.
1 Někdy mě napadne, abych si ublížil, ale neudělal bych to.
2a Raději bych byl mrtvý.
2b Mám jasný plán, jak bych spáchal sebevraždu.
2c Mám pocit, že mé rodině by bylo lépe, kdybych byl mrtvý.
3 Zabil bych se, kdybych mohl.

- J** 0 Nepláču víc než obvykle.
1 Pláču víc než dřív.
2 Pláču teď pořád, nemůžu to zastavit.
3 Dřív jsem byl schopen plakat, ale teď to nedokážu, i když bych chtěl.
- K** 0 Nejsem rozčilen více než obvykle.
1 Rozčílím se nebo otrávím snadněji než dřív.
2 Cítím se stále podrážděný
3 Nerozčílí mě ani věci, které mě dříve rozčilovaly.
- L** 0 Neztratil jsem zájem o okolí.
1 Mám o lidi menší zájem, než jsem míval dříve.
2 Ztratil jsem takřka úplně zájem o druhé lidi.
3 Druzí lidé mě vůbec nezajímají a vůbec se o ně nestarám.
- M** 0 Jsem schopen se rozhodovat stejně dobře jako obvykle.
1 Jsem méně jistý než dřív a rozhodnutí raději odkládám.
2 Bez pomoci druhých se už vůbec nedokážu rozhodnout.
3 Už se vůbec nedokážu v ničem rozhodnout.
- N** 0 Nemám pocit, že bych vypadal hůř než dříve.
1 Dělá mi starosti, že vypadám staře a nepřitažlivě.
2 Mám pocit, že se můj vzhled mění neustále k horšímu.
3 Mám pocit, že vypadám ošklivě a odpudivě.
- O** 0 Jsem schopen pracovat stejně dobře jako vždycky.
1a Musím se více nutit, když se do něčeho pouštím.
1b Nepracuji tak dobře jako dříve.
2 Musím se velice nutit do jakékoli činnosti.
3 Nejsem vůbec schopen něco dělat.
- P** 0 Spím stejně dobře jako obvykle.
1 Budím se ráno více unaven než dříve.
2 Budím se 1-2 hodiny dříve než obvykle a pak nemohu usnout.
3 Každý den se budím velmi brzy a nespím více než 5 hodin.

- Q** 0 Necítím se více unaven než obvykle.
1 Unavím se snadněji než dřív.
2 Každá činnost mě velmi unavuje.
3 Jsem tak unaven, že nejsem schopný nic dělat.
- R** 0 Mám stejnou chuť k jídlu jako obvykle.
1 Nechutná mi tak dobře jako dřív.
2 Mám teď mnohem menší chuť k jídlu.
3 Nemám vůbec žádnou chuť na jídlo.
- S** 0 V poslední době jsem neztratil na váze.
1 Zhubl jsem více než 2 kg.
2 Zhubl jsem více než 4 kg.
3 Zhubl jsem více než 7 kg.
- T** 0 Nedělám si se svým zdravím větší starosti než obvykle.
1 Dělalí se mi starosti různé bolesti, nevolnost, zácpa atd.
2 Moje tělesné pocity mi dělají takové starosti, že jen těžko myslím na něco jiné.
3 Jsem zcela zaujat potížemi.
- U** 0 V poslední době se můj zájem o sex nezměnil.
1 Mám teď o sex menší zájem než dřív.
2 Můj zájem o sex je teď mnohem menší.
3 Zcela jsem ztratil zájem o sex.

(Převzato z: Praško et al., 2007, s. 1030-1033)

PŘÍLOHA II: PÖLDINGERŮV DOTAZNÍK

Nástroj k rozpoznání závažnosti suicidiálního rizika

Tabulka č. 25 Pöldingerův dotazník

1) Přemýšlel jste v současné době o možnosti sebevraždy?	ANO	NE
2) Přemýšlel jste o této možnosti často?	ANO	NE
3) Musíte o tom přemýšlet, přestože nechcete? Vnucují se Vám takové myšlenky vlastně samy, proti vaší vůli?	ANO	NE
4) Už jste někdy uvažoval o způsobu sebevraždy?	ANO	NE
5) Dělal jste již nějaké přípravy k sebevraždě?	ANO	NE
6) Mluvil jste s někým o svých sebevražedných úmyslech?	ANO	NE
7) Už jste se někdy v minulosti pokusil o sebevraždu?	ANO	NE
8) Spáchal někdo z vašich příbuzných či přátel sebevraždu?	ANO	NE
9) Cítíte, že vaše situace je strašná a beznadějná?	ANO	NE
10) Dělá vám potíže myslet na něco jiného než na současné problémy?	ANO	NE
11) Máte nyní méně kontaktů se svými příbuznými a přáteli?	ANO	NE
12) Máte zájem o to co se děje ve vašem okolí nebo zaměstnání? Baví vás vaše koníčky?	ANO	NE
13) Máte ve svém okolí někoho, s kým byste si mohli důvěrně pohovořit o vašich problémech?	ANO	NE
14) Žijete pohromadě s dalšími lidmi?	ANO	NE
15) Máte pocit výrazné zodpovědnosti k rodině, zaměstnání?	ANO	NE
16) Myslíte, že jste v zásadě věřící člověk?	ANO	NE

Čím více otázek 1 – 11 je zodpovězeno **ANO** a čím více otázek 12 – 16 je zodpovězeno **NE**, tím vyšší se suicidiální riziko. (Laňková et al, 2004, s. 11)

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Lenka Lecianová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati. Ve své bakalářské práci se věnuji problematice informovanosti laické veřejnosti o diagnóze deprese. Tento anonymní dotazník, který máte před sebou, obsahuje otázky na téma deprese. Jeho vyplnění by vám nemělo zabrat více jak 15 minut Vašeho času. Prosím Vás proto, abyste si našli těchto pár minut a pomohli mi tak tuto problematiku prozkoumat.

Za Váš čas a ochotu předem děkuji.

1) Jste:

- Muž
- Žena

2) Věk:

- 20 – 29
- 30 – 39
- 40 – 49
- 50 a více

3) Jaké je vaše vzdělání?

- Základní
- Středoškolské
- Vysokoškolské
- Vyšší odborné
- Jiné:

4) Víte co je to deprese?

- Ano

Pokud ano, zkuste definovat:.....
.....

- Ne

5) Myslíte si, že deprese je nemoc?

- Ano
- Ne

6) Myslíte si, že deprese může vyústit v sebevraždu?

Ano

Ne

7) Znáte nějaké příznaky, kterými se deprese projevuje?

Ano

Jmenujte příznaky deprese, které znáte:.....

.....

Ne

8) Víte, jak se deprese léčí?

Ano

Jmenujte druhy léčby, kterou znáte:.....

.....

Ne

9) Myslíte si, že někteří lidé mají větší sklon k depresím?

Ano

Pokud ano, jmenujte kteří:.....

.....

Ne

10) Myslíte si, že deprese může doprovázet nějaké jiné onemocnění?

Ano

Ne

11) Trpí ve vašem okolí někdo depresemi?

Ano (pokračujte otázkou 11)

Ne (přejděte na otázku 12)

12) Kdo ve vašem okolí trpí depresemi?

Já

Rodič

Sourozenec

Prarodič

Blízký kamarád

Strýc, teta, bratranec, sestřenice

Někdo jiný:.....

13) Označte, které z uvedených příkladů jsou podle Vás příznaky deprese

(možno více odpovědí)

- Špatná nálada
- Zrychlené myšlení
- Bolesti hlavy
- Dezorganizované jednání
- Zvýšený zájem o sex
- Růst chuti k jídlu
- Příliš dobrá nálada

14) Z uvedených příkladů označte, jaké jsou podle Vás druhy deprese

(možno více odpovědí)

- Poporodní deprese
- Larvovaná deprese
- Zimní deprese
- Deprese v menopauze
- Balneo deprese

15) Z uvedených možností označte, jak se podle Vás deprese léčí

(možno více odpovědí)

- Psychoterapie
- Hypnóza
- Lumineoterapie (léčba světlem)
- Elektrokonvulzivní terapie (lidově elektrošoky)
- Kryoterapie
- Spánková deprivace
- Farmakologická léčba

16) Kde jste se o problematice deprese dozvěděli?

- Televize
- Internet
- Noviny, časopisy
- Informační leták
- Odborná literatura
- Jiné zdroje:.....

17) Domníváte se, že informace o problematice deprese jsou dobře přístupné?

- Ano
- Ne

18) Máte zájem dozvědět se o diagnóze deprese více informací?

- Ano
- NE

19) Jaké je vaše zaměstnání?

.....

PŘÍLOHA P IV: NÁVRH BROŽURY

DEPRESE A SEBEVRAŽDA

- Latinsky suicidium
- Vědomé a záměrné chování, které vede k ukončení vlastního života
- U nás se ročně stane asi 1600 dokonalých sebevražd
- Ze tří čtvrtin páchají sebevraždou lidé trpící depresí

Jak se chovat, když nemocný chce spáchat sebevraždu

- * snažit se zachovat klid
- * zavolat pomoc
- * navázat kontakt s dotyčným
- * mluvit s nemocným o tématu, které ho zajímá
- * nechat ho co nejvíce mluvit
- * snažit se vcítit do jeho problémů

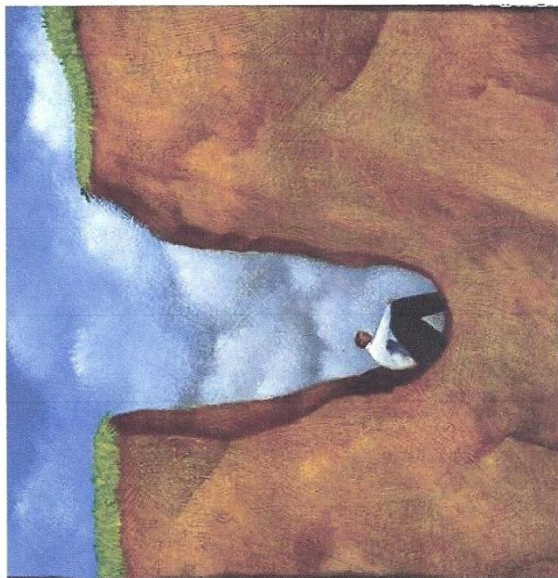
LÉČBA DEPRESE

Léčba deprese

- Ambulantní léčba
- Denní stacionář
- Hospitalizace
- Farmakologická léčba (Antidepressiva) – nesmí se vysazovat po odeznění příznaků, vysazují se postupně
- Psychotherapie – základním principem je vyslechnout, porozumět depresi, vytvořit nedeprativní myšlení, nácvik relaxace, komunikace a metody řešení problémů
- Elektrokonvulzivní terapie (lidově elektrošoky)
- Spánková deprivace – pomocná metoda, principem je udržet nemocného neustále v bdělém stavu (dojde ke zlepšení nálad)
- Fototerapie – léčba světlem

„Deprese je puklina lásky. Chceme-li milovat, musíme umět i trpět.“

ANDREW SOLOMON



DEPRESE

Nemoc naší doby

CO JE TO DEPRESE?

Co to je deprese

- * Deprese je nemoc
- * Deprese NENÍ známka osobní slabosti
- * Jedná se o patologický smutek (chronický smutek)
- * Není to situačně smutná nálada, lítost nebo nespokojenost
- * U každého pátého člověka se za život objeví klinicky významná deprese

PŘÍZNAKY DEPRESE

Depresi může doprovázet celá řada příznaků. Obecně je lze rozdělit na tělesné a duševní. Tady jsou alespoň nejdůležitější z nich.

Duševní příznaky	Tělesné příznaky
Špatná nálada	Potíže se spánkem
Nezájem o okolí	Snížená chuť k jídlu
Smutek	Ztráta zájmu o sex
Úzkost	Únava
Pláčtivost	Zácpa
Depresivní myšlení	Bolest na hrudi
Bludy a vidiny	Bolesti hlavy

KDO JE OHROŽEN?

Někdy má deprese jasnou příčinu, často však příčina chybí. Zde jsou uvedeny některé faktory, co deprese ovlivňují.

- Geny (sami však deprese nespustí)
- Osobnost
- Pohlaví (ženy mají sklon k depresi 3x větší než muži)
- Rodinné prostředí (zanedbávané a tárané děti)
- Modely myšlení
- Stres a životní události (nejčastější spouštěč)
- Tělesná choroba (deprese dokáže negativně ovlivnit a zpomalit léčbu některých onemocnění)

Nejčastější životní události



- Smrt partnera
- Rozvod
- Smrt blízkého přítele
- Úraz nebo choroba
- Nezaměstnanost
- Odchod do důchodu

TYPY DEPRESE

Typy deprese

- **Lehká deprese** – člověka nic nebaví, musí se nutit, ale nakonec vše udělá, léčí se ambulantně
- **Střední deprese** – zabraňuje člověku pracovat, nic ho nebaví, léčí se ambulantně nebo hospitalizací
- **Těžká deprese** – nemocný se nedokáže postarat sám o sebe, leží, zaobírá se černými myšlenkami, mohou se objevit bludy či halucinace

Jiné druhy deprese:

- **Poporodní deprese** – nastává 2. – 3. den po porodu, objevuje se přecitlivělost, pláčtivost (poporodní blues), tento stav odezní většinou do několika dní, výjimečně se objevují těžké formy deprese
- **Deprese v menopauze** – má hormonální pozadí, objevuje se u žen v období menopauzy, lze jí předejít hormonální substitucí, velkou roli v léčbě hraje psychotherapie
- **Larvaná deprese** – projevuje se jen na tělesné úrovni, např. zažívacími obtížemi, tyto obtíže mizí při léčbě antidepresivy
- **Sezónní deprese** – projevuje se jako útlum nálad, léčí se pomocí fototerapie
- **Rekurentní depresivní porucha** – střídání depresivní epizody a období remise
- **Rekurentní krátká depresivní porucha** – stejné jako předchozí, ale epizoda trvá méně než dva týdny
- **Dystymie** – slabá chronická deprese, trvá déle než 2 roky