

Fenomén "generace deprese" z perspektivy žáků středních škol

Ondřej Malina

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Ondřej Malina
Osobní číslo: H22330
Studijní program: B0111A190011 Sociální pedagogika
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Fenomén "generace deprese" z perspektivy žáků středních škol

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti charakteristik "generace deprese" a žáků SŠ v kontextu současné doby a možností sociální pedagogiky.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

DOLEJŠ, Martin, 2010. Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024426426.
CHRÁSKA, Miroslav a Ilona KOČVAROVÁ, 2015. Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 9788074545535.
JURÍKOVÁ, Laura a Anna KÄGSTRÖM, 2023. Duševní zdraví ve škole : základy posilování psychické pohody žáků i učitelů. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88429-93-7.
MACEK, Petr, 2003. Adolescence. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
SEDLÁČKOVÁ VACULČIKOVÁ, Zuzana a Ján PRAŠKO, 2019. Deprese a poruchy osobnosti. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5590-7.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Hana Včelařová, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **13. ledna 2025**

Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 13. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- 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;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 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;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....

podpis autora

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje aktuálnímu fenoménu tzv. „generace deprese“ z pohledu žáků českých středních škol. Cílem výzkumu bylo zjistit míru výskytu depresivního syndromu mezi adolescenty a analyzovat jeho emoční a fyzické projevy, včetně výskytu suicidálních tendencí. Práce se rovněž zaměřila na srovnání míry depresivity napříč jednotlivými ročníky střední školy. K získání dat byla využita Beckova sebeposuzovací stupnice deprese.

Výsledky ukázaly, že více než polovina dotázaných vykazuje mírné až těžké známky depresivního syndromu, přičemž nejvyšší výskyt byl zaznamenán u žáků čtvrtého ročníku. Hypotéza o rovnoměrné míře výskytu mezi ročníky se tak nepotvrdila. Mezi nejčastěji uváděné symptomy patřila podrážděnost, ztráta energie, poruchy spánku a snížený zájem o běžné aktivity. Důležitým zjištěním je také přítomnost suicidálních myšlenek u každého desátého respondenta, což poukazuje na nutnost efektivních preventivních opatření a dostupnosti krizové pomoci ve školním prostředí.

Klíčová slova: generace deprese, Beckova stupnice deprese, suicidální tendence, duševní zdraví

ABSTRACT

The bachelor thesis focuses on the current phenomenon of the so-called ‘depression generation’ from the perspective of Czech secondary school students. The aim of the research was to determine the level of depressive syndrome among adolescents and to analyse its emotional and physical manifestations, including the occurrence of suicidal tendencies. The work also focused on comparing the rates of depression across high school grades. The Beck Self-Report Depression Scale was used to collect data.

The results showed that more than half of the respondents showed moderate to severe signs of depressive syndrome, with the highest prevalence noted in fourth graders. Thus, the hypothesis of an even prevalence rate between grades was not supported. The most frequently reported symptoms were irritability, loss of energy, sleep disturbance and reduced interest in normal activities. The presence of suicidal ideation in one in ten respondents is also an important finding, highlighting the need for effective preventive measures and the availability of crisis support in the school setting.

Keywords: depression generation, Beck Depression Scale, suicidal tendencies, mental health

V první řadě bych chtěl poděkovat vedoucí mé práce, paní PhDr. Haně Včelařová, Ph.D. za cenné rady a odborné podněty při zpracovávání této bakalářské práce. Dále bych chtěl poděkovat svým přátelům a rodině za jejich podporu a trpělivost během celého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ÚVOD DO TÉMATU A VZTAH K SOCIÁLNÍ PEDAGOGICE	13
1.1 DEFINICE A VÝZNAM SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY V KONTEXTU DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ	13
1.2 VZTAH MEZI DUŠEVNÍM ZDRAVÍM A VÝCHOVNOU ČINNOSTÍ SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA	14
2 DEPRESE.....	16
2.1 FORMY DEPRESE.....	17
2.2 SYMPTOMY DEPRESE	18
2.3 DIAGNOSTIKA DEPRESE U ADOLESCENTŮ	19
2.4 PREVENCE DEPRESE V ADOLESCENCI	20
2.5 LÉČBA	21
2.5.1 Farmakoterapie.....	22
2.5.2 Psychoterapie	22
2.5.3 Fototerapie.....	23
2.5.4 Elektrokonvulzivní terapie	23
3 GENERACE DEPRESE	24
3.1 SPECIFIKA GENERACE Z	24
3.2 NÁRUST DEPRESIVITY V POPULACI MLADISTVÝCH	25
3.3 VLIV SOCIÁLNÍCH SÍTÍ A DIGITÁLNÍHO PROSTŘEDÍ	26
3.4 TLAK NA VÝKON A ŠKOLNÍ STRES.....	27
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	28
4 VÝZKUM.....	29
4.1 CÍLE VÝZKUMU	30
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
4.3 DRUH VÝZKUMU	30
4.4 VÝZKUMNÁ TECHNIKA	31
4.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR	31
4.6 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	32
4.7 VÝSLEDKY VÝZKUMU	33
4.7.1 Respondenti.....	33
4.7.2 Jaká je míra výskytu depresivního syndromu mezi žáky středních škol? (VO1).....	34
4.8 JAKÁ JE MÍRA VÝSKYTU DEPRESIVNÍCH SYMPTOMŮ MEZI ŽÁKY STŘEDNÍCH ŠKOL? (VO2).....	36

4.9	SHRNUTÍ.....	40
ZÁVĚR.....		41
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ		42
SEZNAM GRAFŮ		46
SEZNAM TABULEK.....		47
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK		48
SEZNAM PŘÍLOH.....		49

ÚVOD

Duševní zdraví adolescentů je v poslední době žhavé téma napříč mnoha oblastmi – od psychologie a psychiatrie, přes pedagogiku, až po sociální práci. Dospívající dnes vyrůstají v odlišném světě než předchozí generace. Neustálý přístup k digitálním technologiím, tlak na školní výkon, srovnávání na sociálních sítích, ale i nejistá budoucnost tvoří prostředí, které je značně náročné pro zdravý vývoj psychiky. V reakci na tyto změny se stále častěji hovoří o tzv. „generaci deprese“ – označení, které poukazuje na dramatický nárůst depresí, úzkostí a dalších psychických potíží právě u mladé populace.

Škola, jako každodenní prostředí dospívajících, má klíčovou roli při včasné rozpoznání problémů i při podpoře duševní pohody žáků. Sociální pedagog působící ve školním prostředí může sehrát významnou roli v prevenci duševních poruch a v posilování schopnosti mladých lidí zvládat nároky, které na ně současná společnost klade.

Cílem této bakalářské práce je zjistit míru výskytu depresivního syndromu mezi žáky středních škol a analyzovat jejich emoční a fyzické projevy, včetně případných suicidálních tendencí. Dále se práce zaměří na porovnání výskytu depresivních symptomů mezi jednotlivými ročníky středních škol, což může napomoci lépe pochopit vývoj těchto obtíží v průběhu adolescence.

V teoretické části je nejprve vymezen vztah mezi tématem duševního zdraví a sociální pedagogikou, přičemž je poukázáno na prevenci ze strany pedagogických pracovníků. Následuje ucelený přehled o depresivní poruše – její formy, symptomy, diagnostika, možnosti léčby a prevence v adolescenci. Závěrečná kapitola teoretické části se věnuje samotnému fenoménu „generace deprese“, včetně specifík generace Z, vlivu digitálních technologií a tlaku na výkon.

Praktická část je zaměřena na kvantitativní výzkum realizovaný mezi žáky středních škol. Pomocí dotazníkového šetření, konkrétně Beckovy sebesposuzovací stupnice deprese pro adolescenty, budou získána data, která poslouží k analýze míry depresivity a s ní souvisejících faktorů.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚVOD DO TÉMATU A VZTAH K SOCIÁLNÍ PEDAGOGICE

Problematika duševního zdraví adolescentů nabývá v současné době na naléhavosti, a to nejen v důsledku rostoucího výskytu psychických obtíží, ale i kvůli proměnám sociálního prostředí, ve kterém mladí lidé vyrůstají. V tomto kontextu nabývá na významu sociální pedagogika, která se jako interdisciplinární obor zaměřuje na podporu jedince v procesu socializace, výchovy a zvládání každodenních i krizových situací. Sociální pedagog působí ve školním prostředí nejen jako opora v obtížných životních momentech, ale také jako klíčový aktér preventivních aktivit zaměřených na posilování duševní pohody a zdravého klimatu školy. Úloha sociální pedagogiky je proto v rámci této práce vnímána jako nedílná součást širšího zkoumání fenoménu „generace deprese“.

1.1 Definice a význam sociální pedagogiky v kontextu duševního zdraví

Sociální pedagogika představuje interdisciplinární vědní obor, který vznikl jako reakce na potřebu společnosti zabývat se výchovou v širších sociálních souvislostech. Jak uvádí Kraus (2008), její pojetí se historicky vyvíjelo a proměňovalo v závislosti na chápání pojmu „sociální“. Tento pojem lze chápat buď ve smyslu potřeby pomoci těm, kteří se dostali do složitých životních situací, nebo ve vztahu k celé společnosti, a tedy ve smyslu výchovy všech společenských skupin pro život v dané společnosti. Sociální pedagogika se tak zaměřuje na podporu jedince v procesu socializace, výchovy a zvládání každodenních i mimořádných obtíží, přičemž propojuje poznatky z pedagogiky, psychologie, sociologie a dalších příbuzných disciplín (Kraus, 2014 in Kraus, 2008).

V kontextu duševního zdraví sehrává sociální pedagogika zásadní roli, především v oblasti prevence a podpory při zvládání psychických obtíží, které se mohou objevovat u dětí a dospívajících. Jak uvádějí Juríková a Kågström (2020), prostředí školy by mělo být vnímáno jako bezpečné a otevřené místo, kde se o otázkách duševního zdraví mluví bez stigmatizace, s důrazem na přijetí a porozumění. Právě zde nachází sociální pedagog své nezastupitelné místo, neboť se podílí na vytváření podmínek, které jsou nezbytné pro zdravý psychosociální vývoj žáků. Jeho působení zahrnuje nejen podporu jednotlivců v obtížných situacích, ale také vytváření programů a aktivit zaměřených na prevenci duševních poruch.

Význam sociální pedagogiky je rovněž patrný v jejím silném preventivním zaměření. Podle Procházky (2012) lze sociální pedagogiku chápat jako nástroj životní pomoci, jehož úkolem je přispívat ke zlepšování kvality života lidí prostřednictvím poradenských a intervenčních přístupů. V oblasti péče o duševní zdraví tak sociální pedagog působí nejen

jako opora v krizových chvílích, ale také jako důležitý mezičlánek ve spolupráci školy s rodinou a dalšími institucemi.

Juríková a Kågström (2020) dále zdůrazňují, že péče o duševní zdraví by neměla být vnímána pouze jako reakce na již vzniklé potíže, ale měla by tvořit integrální součást každodenního chodu školy. Sociální pedagog je v tomto směru klíčovým aktérem – svou činností přispívá ke snižování rizik spojených s psychickou nepohodou a napomáhá rozvoji pozitivního školního klimatu, které má zásadní vliv nejen na žáky, ale i na učitele.

1.2 Vztah mezi duševním zdravím a výchovnou činností sociálního pedagoga

Samotná práce sociálního pedagoga velmi úzce souvisí s podporou duševního zdraví dětí a dospívajících, neboť jednou z jeho klíčových profesních rolí je působení v oblasti prevence, podpory a intervence při řešení různorodých životních obtíží, které se mohou v této věkové skupině vyskytnout. Činnost sociálního pedagoga se zaměřuje zejména na prevenci vzniku psychických problémů, na včasnou identifikaci varovných signálů ohrožení duševního zdraví a rovněž na posilování ochranných faktorů, které mohou pozitivně ovlivnit psychosociální vývoj dítěte. Tyto ochranné faktory se přitom nacházejí v klíčových oblastech života adolescenta – v prostředí školy, rodiny a širšího sociálního okolí, tedy ve všech sférách, které na mladého člověka významně působí (Šance Dětem, n.d.).

Výchovná činnost sociálního pedagoga spočívá mimo jiné ve zprostředkování podpory, poradenství a doprovázení jednotlivců nebo celých skupin, které se nacházejí v obtížných životních situacích. Tyto obtíže mohou být osobního, rodinného či školního charakteru a mohou představovat riziko pro vznik psychických potíží, mezi nimiž jsou v období adolescence nejčastější úzkosti a depresivní ladění. Sociální pedagog tak zastává důležitou roli mostu mezi školou a rodinou, přičemž úzce spolupracuje s dalšími odborníky, jako jsou třídní učitelé, školní psychologové, speciální pedagogové a další členové školního poradenského pracoviště. Tato mezioborová spolupráce představuje základní kámen komplexního přístupu k řešení problémů dítěte či dospívajícího, zejména pokud se objevují projevy psychické nepohody, zvýšeného stresu, sociálního vyloučení nebo závažnějších duševních potíží (Asociace sociálních pedagogů, n.d.).

Význam sociální pedagogiky roste i v návaznosti na aktuální poznatky z oblasti výzkumu duševního zdraví mládeže. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy proto

prosazuje systematické začleňování sociálních pedagogů do školních týmů jako součást podpory duševní pohody žáků (MŠMT, 2024).

2 DEPRESE

Deprese je jedním z nejčastějších psychických onemocnění současnosti a představuje závažný problém nejen v oblasti duševního zdraví, ale také v oblasti školní a sociální pedagogiky, jelikož výrazně ovlivňuje každodenní fungování jednotlivce. Jedná se o psychický stav charakterizovaný přetrvávající smutnou náladou, poklesem zájmu a radosti, ztrátou energie, únavou, poruchami spánku, sníženou sebedůvěrou a dalšími psychickými i somatickými symptomy (Vaculčíková Sedláčková & Praško, 2019).

Z diagnostického hlediska je deprese klasifikována podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jako porucha nálady (F32, F33). Typickými příznaky jsou depresivní nálada, ztráta zájmu a radosti a zvýšená únava (WHO, 2006). K těmto příznakům se přidávají další symptomy jako zhoršená koncentrace, pocity viny a bezcennosti, negativní pohled do budoucnosti, sebevražedné myšlenky, poruchy spánku nebo snížená chuť k jídlu (Vaculčíková Sedláčková & Praško, 2019). Závažnost deprese se odvíjí od počtu přítomných příznaků, jejich intenzity a dopadu na každodenní fungování. U těžkých forem je častá i psychomotorická retardace, výskyt bludů a halucinací.

Křivohlavý (2012) charakterizuje depresi jako psychologický stav nemocného smutku, který je doprovázený pocity skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodnosti a útlumem duševních a tělesných procesů. Typickým znakem deprese je negativní sebepojetí, včetně negativního hodnocení sebe sama a vlastního života, spolu se ztrátou motivace a schopnosti prožívat radost. Depresivní jedinci často očekávají selhání místo úspěchu a přebírají na sebe vinu i v situacích, které nemohou ovlivnit (Křivohlavý, 2012). Tento stav bývá dále provázen negativními myšlenkami, náladou, chováním a fyzickými projevy.

Deprese má výrazný dopad na celkové prožívání, uvažování a jednání jedince. V dětském a adolescentním věku se může projevovat jinak než u dospělých, často skrytě, např. prostřednictvím somatických potíží, podrážděnosti či změn v chování. Její výskyt u dospívajících je přitom na vzestupu, a to zejména u dívek. Odborná literatura uvádí, že čím dříve se deprese rozvine, tím vyšší je riziko jejího opakovaného výskytu v dospělosti (Vágnerová, 2005).

2.1 Formy deprese

Depresivní epizoda

Depresivní epizoda představuje závažnou formu duševní poruchy, která se projevuje přetrvávající depresivní náladou, ztrátou zájmu o běžné činnosti a sníženou schopností prožívat radost. Vedle primárních symptomů se často vyskytují také sekundární příznaky, mezi něž patří poruchy spánku, únava, změny chuti k jídlu, pocity viny a beznaděje, či sebevražedné myšlenky (Praško, Prašková & Prašková, 2003). Tyto symptomy musí přetrvávat minimálně dva týdny a mít významný dopad na každodenní fungování jedince. Depresivní epizoda se může objevit pouze jednou, ale často má opakovaný průběh. Výzkumy ukazují, že výskyt je u žen až dvakrát častější než u mužů (Praško et al., 2003).

Rekurentní depresivní porucha

Rekurentní depresivní porucha je charakterizována opakovanými epizodami deprese, které nejsou podmíněny předchozími manickými epizodami. Typicky se první epizoda objevuje ve střední dospělosti, přičemž jednotlivé fáze trvají 3 až 12 měsíců a jejich opakování je časté, zejména u žen a v pozdějším věku. U některých pacientů může přecházet do chronické formy deprese. Léčba je srovnatelná s terapií velké depresivní poruchy, přičemž vzhledem k vysokému riziku relapsu je doporučováno dlouhodobé, často celoživotní užívání antidepresiv (Praško et al., 2003).

Dystymie

Dystymie, odborně označovaná jako perzistentní depresivní porucha (F34.1 dle MKN-10), představuje dlouhodobou, mírnější, avšak chronickou formu deprese, která výrazně ovlivňuje kvalitu života jedince (Klimeš & Adam, 2021). V porovnání s klasickou depresí se dystymie nevyznačuje tak hlubokými výkyvy nálad, avšak jejím specifikem je její trvalost, často přesahující dva roky. Osoby trpící dystymií vykazují nízkou úroveň sebehodnocení, sníženou schopnost prožívat radost a přetrvávající pesimistické ladění (Klimeš & Adam, 2021).

Sezónní afektivní porucha

Sezónní afektivní porucha (SAD) představuje specifickou formu rekurentní depresivní poruchy, jejíž epizody se vyskytují pravidelně v určitém ročním období, obvykle na podzim a v zimě, a spontánně ustupují na jaře nebo v létě. Typické symptomy zahrnují výrazný pokles energie, hypersomnii, zvýšenou chuť k jídlu – zejména na sacharidy, nárůst

hmotnosti, zhoršenou koncentraci, podrážděnost a sociální stažení. Tato porucha je častější u žen a ve vyšších zeměpisných šířkách severní polokoule. Efektivní léčbou je fototerapie, tedy expozice jasnému světlu, jejíž účinky se často projeví během několika dnů (Praško et al., 2008).

Smíšená úzkostně depresivní porucha

Smíšená úzkostně depresivní porucha (angl. Mixed Anxiety and Depressive Disorder, MADD) představuje diagnostickou jednotku uznávanou v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10 a MKN-11), a to v případech, kdy se u jedince současně vyskytují úzkostné a depresivní příznaky, které však nedosahují intenzity potřebné k samostatné diagnóze žádné z těchto poruch (Bartečková et al., 2022). I přes relativně nízkou závažnost symptomů způsobuje MADD významné funkční obtíže a patří mezi časté diagnózy v primární péči. Klinicky se projevuje kombinací úzkostné tenze, pokleslé nálady, poruch spánku, únavy a snížené koncentrace. Diagnostika vyžaduje vyloučení tělesné příčiny potíží a jiných afektivních či úzkostných poruch. Nezbytnou součástí léčby je psychoterapie, především kognitivně behaviorální terapie, v kombinaci s farmakoterapií dle individuálních potřeb pacienta (Bartečková et al., 2022).

2.2 Symptomy deprese

Deprese představuje závažné duševní onemocnění, jehož diagnostika je podmíněna přítomností specifických symptomů, které ovlivňují kognitivní, emoční i somatickou sféru jedince. Jedním ze základních diagnostických rámců pro posouzení přítomnosti deprese je systém DSM, podle nějž se depresivní porucha identifikuje na základě výskytu alespoň pěti z devíti hlavních příznaků po dobu minimálně dvou týdnů, přičemž jedním z nich musí být depresivní nálada nebo ztráta zájmu o běžné aktivity (Křivohlavý, 2003).

Mezi klíčové symptomy deprese patří především depresivní nálada, kterou lze popsat jako trvalý pocit smutku, prázdnoty nebo beznaděje. Tento stav je často doprovázen anhedonií, tedy ztrátou schopnosti prožívat radost z běžných činností, jež byly dříve pro jedince příjemné. Kognitivní rovina deprese je typicky ovlivněna pesimistickým myšlením, negativním sebehodnocením a pocity bezcennosti či nadměrné viny (Vymětal, 2003).

Dalším symptomem je zřetelný pokles energie a únava i po minimální námaze. Deprese rovněž často narušuje spánkový režim – objevuje se buď nespavost, nebo naopak hypersomnie. Změny mohou nastat i v oblasti chuti k jídlu, což vede k výrazné ztrátě či

nárůstu tělesné hmotnosti (Šimovcová, 2015). Na somatické úrovni se objevuje zpomalení psychomotoriky, kdy člověk působí utlumeně, zpomaleně a bez energie; opačným projevem může být psychomotorický neklid či agitovanost.

Psychomotorické změny se často projevují také v mimice, gestech a řeči – postižený člověk může působit monotónně, nezúčastněně a jeho pohyby bývají méně výrazné. To odpovídá i popisu depresivní psychomotoriky jako ztížené schopnosti vyjádřit emoce neverbálním chováním (Vymětal, 2003).

Závažnější formy deprese se mohou vyznačovat opakovanými myšlenkami na smrt, sebevraždu či konkrétní sebevražedné úmysly. Tyto projevy představují akutní riziko a vyžadují neodkladnou odbornou pomoc (Křivohlavý, 2003).

Šimovcová (2015) rovněž upozorňuje, že v diagnostickém rámci je důležité zohlednit celkové změny v chování, výkonnosti a schopnosti soustředění. Osoby trpící depresí často popisují zhoršenou koncentraci, nerozhodnost a ztrátu schopnosti zvládat běžné denní činnosti. Všechny výše uvedené symptomy je nutné posuzovat komplexně a s ohledem na individuální situaci jedince. Diagnostika deprese by neměla být založena pouze na subjektivním prožitku, ale také na odborném posouzení symptomatologie, jejíž komplexnost poukazuje na multifaktoriální podstatu tohoto onemocnění.

2.3 Diagnostika deprese u adolescentů

Diagnostika depresivního onemocnění v období adolescence představuje jak z odborného, tak praktického hlediska velmi náročný a komplexní úkol. Hlavním důvodem této náročnosti je skutečnost, že příznaky deprese se v této vývojové fázi mohou výrazně překrývat s běžnými projevy dospívání, které jsou pro adolescentní období typické. Adolescence je charakterizována intenzivními a častými výkyvy nálad, hledáním vlastní identity, tendencí k uzavírání se před rodiči a okolím, proměnlivým chováním a emocionální nevyrovnaností. Tyto projevy mohou působit jako přirozená součást dospívání, ale zároveň mohou zakrývat přítomnost závažnější psychické poruchy, jakou deprese bezpochyby je.

Podle Tenenbaumové (2021) je právě adolescentní období obdobím zvýšené psychické zranitelnosti, kdy je jedinec vystaven řadě vnitřních konfliktů a krizí spojených s formováním vlastní identity. Právě v tomto citlivém období se může rozvinout deprese, která často nabývá specifických forem a nemusí být na první pohled zřejmá. Diagnostický proces by proto měl být veden velmi pečlivě a komplexně, s přihlédnutím k celé škále faktorů, které

mohou mít na duševní stav dospívajícího vliv. Kromě odborného posouzení emočního prožívání a změn v chování je nutné věnovat pozornost také sociálním vztahům, dynamice v rodině, míře školní adaptace a celkovému vývoji osobnosti.

Zvláštní důraz je kladen na včasné rozpoznání varovných příznaků, mezi něž patří např. výrazné zhoršení školního prospěchu, časté nebo opakované absence ve škole, výrazné stažení z vrstevnického kolektivu, poruchy spánku a příjmu potravy, pocity bezcennosti, sebeobviňování, nebo dlouhodobá únava. U dospívajících může být depresivní prožívání často skryté, přičemž dominují spíše tělesné (somatické) obtíže či změny v chování, které jsou okolím mylně vnímány jako přechodné a běžné projevy puberty.

Z tohoto důvodu je klíčové, aby se na diagnostickém procesu podíleli nejen odborníci na duševní zdraví, ale také pedagogové, školní psychologové a v neposlední řadě rodiče. Ti totiž mají jedinečnou možnost sledovat dlouhodobější vývoj dospívajícího v různých kontextech. Jak zdůrazňuje Tenenbaumová (2021), adolescenti v tomto náročném období nepotřebují pouze odborné intervence, ale především porozumění, empatii a podporu ze strany dospělých, kteří jim pomohou lépe pojmenovat a zvládat jejich emocionální obtíže.

2.4 Prevence deprese v adolescenci

Deprese představuje závažné duševní onemocnění, které může v některých případech přetrvávat po celý život a často je spojeno s vysokým rizikem opakovaného výskytu, tedy recidivy. Vzhledem k tomu, že období adolescence je považováno za jednu z nejzranitelnějších etap lidského vývoje, je prevence depresivních poruch v tomto období naprosto zásadní. Jejím cílem je ochránit psychické zdraví mladého jedince a zároveň minimalizovat možné negativní dopady deprese na jeho každodenní život, a to jak v oblasti osobních vztahů, tak ve školním a společenském fungování (NZIP, 2025).

Moderní přístupy k prevenci deprese se vyznačují důrazem na komplexnost celého procesu a systematičnost jednotlivých preventivních aktivit. Aktuálně přijímané standardy odborné praxe jednoznačně upřednostňují preventivní intervence, které vycházejí z vědecky ověřených poznatků, tedy z tzv. evidence-based přístupů. Preventivní programy by měly být rovněž mezioborově propojené. Je proto vhodné, aby do nich byly zapojeny poznatky z různých oborů, jako je psychologie, pedagogika, sociologie a další, neboť právě propojení těchto oblastí může významně zvýšit účinnost preventivních opatření (ČPZP, 2025).

Programy zaměřené na prevenci deprese v adolescenci by měly být uzpůsobeny věkovým a vývojovým zvláštnostem dospívajících. Ukazuje se, že největší účinnost mají ty programy, které využívají interaktivní metody – například řízené diskuse, skupinovou práci nebo nácvik konkrétních sociálních dovedností. Rovněž aktivní účast žáků, zapojení vrstevníků a využívání pozitivních vzorů chování má potenciál významně zvýšit celkový dopad preventivních aktivit (NZIP, 2025).

Zásadní složkou úspěšné prevence je podpora tzv. resilience, tedy psychické odolnosti. Preventivní programy se proto zaměřují na posilování schopnosti zvládat stresové situace, na budování zdravého sebevědomí, rozvoj asertivní komunikace a na efektivní řešení konfliktů. Velký důraz je kladen i na schopnost uvědomovat si a vhodně vyjadřovat vlastní emoce. Tím se snižuje riziko, že se negativní pocity budou hromadit a přerostou do depresivních symptomů (ČPZP, 2025).

Významná je rovněž spolupráce školy s rodinou a komunitními službami. Zapojení rodičů do preventivních aktivit je klíčové, a to zejména v případech, kdy je dítě vystaveno známým rizikovým faktorům, jako jsou duševní poruchy v rodině či negativní zkušenosti ze školního prostředí. V této souvislosti je důležité, aby pedagogičtí pracovníci byli schopni včas rozpoznat varovné signály a podle potřeby poskytnout potřebnou podporu, případně zajistit odbornou pomoc (NZIP, 2025; ČPZP, 2025).

Preventivní strategie by měly být trvalou součástí školního prostředí. Odborné poznatky potvrzují, že nejúčinnější jsou ty programy, které jsou realizovány dlouhodobě, jsou kontinuální a zároveň pružně reagují na aktuální potřeby adolescentů. Je rovněž žádoucí, aby školy spolupracovaly s odborníky a pravidelně vyhodnocovaly efektivitu zavedených postupů (NZIP, 2025).

2.5 Léčba

Léčba depresivních poruch představuje klíčový aspekt v oblasti péče o duševní zdraví a je zásadní nejen z hlediska zlepšení kvality života jedince, ale i prevence relapsu a dlouhodobých komplikací. Deprese se dle odborné literatury řadí mezi onemocnění, která jsou při včasné a komplexní intervenci zpravidla dobře léčitelná (Buijssen, 2021). Přístup k léčbě bývá multidisciplinární a zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii a v některých případech i biologické metody, jako je elektrokonvulzivní terapie či fototerapie (Praško, Prašková & Prašková, 2003). Mezi nejrozšířenější a nejúčinnější formy léčby patří podávání antidepresiv v kombinaci s psychoterapeutickou intervencí, přičemž volba konkrétní metody

závisí na závažnosti příznaků, délce trvání onemocnění a individuálních potřebách pacienta. Léčba je často strukturována do tří etap: akutní, udržovací a profylaktické fáze (Praško et al., 2003), což reflektuje potřebu dlouhodobé a kontinuální péče.

2.5.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie je jednou z nejrozšířenějších metod léčby depresivních poruch a opírá se o použití antidepresiv – léků, které upravují chemickou rovnováhu v mozku, zejména hladiny neurotransmiterů jako serotonin, dopamin či noradrenalin. Výzkumy ukazují, že touto cestou lze zlepšit stav až u 75 % pacientů (Křivohlavý, 2003). Mezi běžně předepisované patří tricyklická antidepresiva (např. amitriptylin), inhibitory monoaminoxidázy (MAO), moderní SSRI antidepresiva a další přípravky různé chemické struktury. Plný účinek léčby se většinou dostavuje po 2–3 týdnech, přičemž léčba by měla pokračovat několik měsíců, aby se předešlo návratu potíží. Antidepresiva nejsou návyková a jejich účinnost může být dále zvýšena kombinací s psychoterapií, což se ukazuje jako nejefektivnější přístup zejména u středně těžkých a těžkých depresí (Křivohlavý, 2003).

2.5.2 Psychoterapie

Psychoterapie je odborná léčebná metoda, která využívá psychologické poznatky a nástroje k podpoře duševního zdraví a ke zmírnění nebo odstranění psychických obtíží. Jejím cílem je nejen léčba psychických poruch, ale především posílení zdravých částí osobnosti a schopnosti zvládat životní zátěže (Praško, Prašková & Prašková, 2003).

Psychoterapeutický proces probíhá nejčastěji formou rozhovoru a může být individuální, skupinový, párový nebo rodinný. V rámci terapie může terapeut pomáhat klientovi porozumět tomu, co prožívá, hledat nové způsoby zvládání, podporovat důvěru v sebe sama a učit dovednosti, které mohou být prevencí dalších potíží. Významný je i subjektivní pocit bezpečí, přijetí a spolupráce, který se vytváří v terapeutickém vztahu (Praško et al., 2003).

Moderní přístupy v psychoterapii se čím dál více orientují na klienta a jeho jedinečné potřeby. Terapeut tak často kombinuje různé směry (např. kognitivně-behaviorální, humanistický či systemický), čímž vzniká tzv. eklektický přístup. Takový přístup umožňuje pružně reagovat na rozmanité problémy klientů a efektivně volit vhodné techniky a metody (Vybiral & Roubal, 2010).

Z hlediska léčby depresivních poruch se psychoterapie osvědčila zejména u lehkých a středně těžkých forem. Může být efektivní samostatně nebo jako doplněk farmakoterapie. Pomáhá nejen s aktuálními příznaky, ale také učí, jak se s depresí vypořádat dlouhodobě (Praško et al., 2003).

2.5.3 Fototerapie

Fototerapie neboli léčba jasným světlem, se v posledních desetiletích stala uznávanou metodou zvláště při léčbě SAD, která se vyznačuje opakovaným výskytem depresivních epizod v zimních měsících. Základním principem terapie je každodenní expozice světlu o intenzitě minimálně 2 500 luxů, nejčastěji pomocí speciálních světelných boxů, zpravidla v ranních hodinách (Praško et al., 2011).

Fototerapie působí prostřednictvím ovlivnění cirkadiálních rytmů, regulace tvorby melatoninu a zřejmě i působením na hladiny serotoninu a dalších neurotransmiterů spojených s náladou. Výrazné zlepšení psychického stavu bývá zaznamenáno již během 2–4 dnů, přičemž plný účinek se obvykle projeví během dvou týdnů (Praško et al., 2011). Kromě SAD byla účinnost fototerapie zkoumána i u jiných typů depresí a poruch spánku, nicméně výsledky zatím nejsou tak jednoznačné.

2.5.4 Elektrokonvulzivní terapie

Elektrokonvulzivní terapie (ECT) je i přes rozvoj moderních léků stále považována za velmi účinnou metodu léčby některých vážných duševních onemocnění. Používá se zejména u těžkých depresí, schizofrenie s katatonními příznaky, manických stavů nebo tam, kde jiné způsoby léčby nezabírají, případně pokud je potřeba dosáhnout rychlého zlepšení (Köhler, 2014). Přesný způsob, jakým ECT působí, zatím není úplně jasný. Výzkumy ale ukazují, že ovlivňuje činnost mozku na mnoha úrovních – mění hladiny důležitých látek, které přenášejí nervové vzruchy, podporuje růst nových nervových buněk a celkově pomáhá „nastavit“ mozek zpět do rovnováhy (Köhler, 2014).

Dnešní ECT probíhá v celkové anestezii a s použitím léků na uvolnění svalů, což výrazně zvyšuje její bezpečnost. Volba technických parametrů, jako je typ impulzu nebo umístění elektrod, ovlivňuje nejen účinek léčby, ale i riziko dočasných poruch paměti. Ty se sice mohou objevit, ale většinou do dvou týdnů po ukončení terapie ustupují (Köhler, 2014).

3 GENERACE DEPRESE

Fenomén tzv. „generace deprese“ nabývá v současném odborném diskurzu na stále větší naléhavosti, zejména v souvislosti s nárůstem depresivních stavů, úzkostí a sebepoškozujícího chování u dospívajících. Podle Armitage (2024) se od počátku roku 2010 dramaticky zvýšil výskyt běžných duševních poruch, přičemž nejpostiženější skupinou jsou mladí lidé ve věku 16–24 let. Tento trend se objevuje napříč západními společnostmi a poukazuje na systémové změny v dětství a adolescenci. Haidt (2024) popisuje „architektonické přestavění dětství“ – od spontánní hry a autonomie směrem k nadměrné ochraně, strukturalizaci volného času a intenzivnímu využívání digitálních technologií. Klíčovým rizikovým faktorem se tak stává všudypřítomnost chytrých telefonů a sociálních sítí, které mladé lidi vystavují neustálému srovnávání a sociálnímu tlaku, což má negativní dopad na jejich psychickou odolnost. Haidt (2024) označuje tuto kombinaci faktorů za „přílivovou vlnu“ duševních potíží, jejíž příčiny nejsou pouze asociativní, ale kauzální. V tomto kontextu je vhodné připomenout, že adolescence je chápána jako období výrazných biologických, psychických a sociálních proměn, zpravidla vymezené věkem 10 až 20 let (Dolejš, 2010).

3.1 Specifika Generace Z

Generace Z, často vymezovaná jako skupina lidí narozená přibližně mezi lety 1995 až 2010, vyrůstala v digitálně propojeném světě, kde je internet nedílnou součástí každodenní reality. Tito mladí lidé jsou tzv. digitálními domorodci, pro něž jsou technologie – jako chytré telefony, sociální sítě či online přenosy – zcela přirozeným komunikačním i informačním prostředím (Šmaha et al., 2023).

Jedním z klíčových rysů této generace je schopnost rychle pracovat s informacemi, často však bez hlubší analýzy či ověření jejich pravdivosti. Tato skutečnost souvisí s tzv. digitální gramotností, která se odvíjí od potřeby orientovat se v množství dat, přičemž mnozí mladí lidé se potýkají s fenoménem „informačního zahlcení“ (Šmaha et al., 2023). Postoje Generace Z jsou výrazně ovlivněny online prostředím – komunikace je přímá, rychlá, často anonymní a emocionálně zploštělá. Přesto je pro ně důležitá autenticita a otevřenost, s níž sdílejí své názory a zkušenosti nejen se svými vrstevníky, ale i s širší veřejností (van den Berg, 2020).

V oblasti hodnot klade Generace Z důraz na svobodu, individualitu a nezávislost. Tito jedinci často usilují o to, aby byli co nejdříve soběstační a pracovně i finančně nezávislí, což

se projevuje například v zakládání vlastních podniků již v raném věku (van den Berg, 2020). Zároveň jsou citliví na společenské otázky jako jsou udržitelnost, rovnost nebo duševní zdraví, které považují za zásadní témata současnosti (Šmaha et al., 2023).

Životní styl této generace se vyznačuje flexibilitou, multitaskingem a preferencí digitálního kontaktu před fyzickým. Mnozí tráví většinu dne online – ať už studiem, prací, zábavou nebo udržováním sociálních vazeb. Z toho však vyplývá i riziko sociální izolace a nárůstu duševních potíží, zejména depresivních stavů či úzkostí (Šmaha et al., 2023). Generace Z je rovněž označována jako „hyperkognitivní“, jelikož si osvojila schopnost rychle přepínat mezi různými zdroji informací, ale zároveň má potíže s udržením pozornosti a hlubší reflexí (Šmaha et al., 2023).

Celkově lze říci, že Generace Z je výrazně ovlivněna dynamickým, digitálně nasyceným prostředím, které formuje nejen jejich každodenní návyky, ale i hodnotový rámec a postoje vůči sobě samým i společnosti.

3.2 Nárůst depresivity v populaci mladistvých

V posledních dvou dekáдах dochází k významnému nárůstu výskytu depresivních symptomů mezi adolescenty. Tento trend potvrzují četné epidemiologické studie, které upozorňují na rostoucí počet mladistvých, kteří zažívají dlouhodobé pocity smutku, beznaděje, úzkosti a ztráty zájmu o každodenní činnosti. Podle zprávy Světové zdravotnické organizace (WHO, 2021) je deprese jednou z hlavních příčin nemoci a invalidity mezi mladými lidmi ve věku 10–19 let. Tento stav je často spojen s vnějším tlakem, akademickým stresem, narušenými vztahy v rodině či vrstevnické šikaně. Ukazuje se také, že přibývá případů, kdy mladiství vyhledávají odbornou pomoc kvůli psychické nepohodě – což dříve nebývalo běžné.

Z českého prostředí potvrzuje tento trend například studie Suché a Dolejš (2016), která prokázala významnou souvislost mezi depresivitou a dalšími osobnostními rysy u adolescentů, zejména nízkým sebehodnocením, impulzivitou a vyšší mírou neuroticismu. Autoři rovněž poukazují na vyšší míru depresivních symptomů u dívek a zvyšování výskytu s přibývajícím věkem. Výsledky těchto výzkumů zdůrazňují potřebu včasné prevence a podpůrných opatření na úrovni školy i rodiny, které by pomohly snížit psychickou zátěž dospívajících.

Z vývojové perspektivy adolescence vyplývá, že mladiství procházejí obdobím výrazných biologických, psychických i sociálních změn, které se ne vždy odehrávají plynule a synchronně. Jak uvádí Macek (2003), adolescenci lze vnímat jako období vývojových přechodů, které jsou spojeny s očekávanými i neočekávanými změnami a nároky ze strany okolí, například rodičů, školy nebo vrstevníků. Tyto změny mohou být vnímány jako příležitosti, ale také jako zdroje stresu a nejistoty, zvláště pokud dojde k jejich nahromadění v krátkém časovém úseku. Macek zároveň zdůrazňuje individuální variabilitu v načasování vývojových událostí a upozorňuje, že v případě narušení přirozeného sledu vývojových úkolů může adolescent vnímat danou situaci jako krizovou. Pokud není adolescent vybaven dostatečnými copingovými mechanismy nebo nemá oporu ve stabilním sociálním prostředí, může tato vývojová nerovnováha přispívat k prožívání psychické nepohody, včetně depresivních symptomů.

3.3 Vliv sociálních sítí a digitálního prostředí

Digitální svět a sociální sítě představují pro současnou dospívající generaci fenomén, který má zásadní vliv na jejich každodenní život. Tyto platformy neslouží pouze jako prostředek komunikace a sebevyjádření, ale zároveň mohou představovat významný rizikový faktor v oblasti duševního zdraví. Na jedné straně umožňují mladým lidem rozvíjet sociální vazby, udržovat kontakt s vrstevníky a rychle získávat přístup k nejrůznějším informacím. Na straně druhé je však třeba upozornit na rizika spojená s jejich nadměrným a kriticky nehodnoceným užíváním. Výzkumy ukazují, že právě takové využívání sociálních sítí může být spojováno se zvýšeným výskytem psychických obtíží, mezi které patří především projevy úzkosti, symptomy depresivních stavů a celkově snížená míra subjektivní životní spokojenosti (Hansen, 2021; Kolouch, Kerner, & Hrdlička, 2023).

Mechanismy, na nichž fungují sociální sítě, jsou navrženy tak, aby aktivovaly části mozku zodpovědné za zpracování odměn. Příkladem je situace, kdy uživatel získává pozitivní zpětnou vazbu, například prostřednictvím „lajků“ nebo sdílení svých příspěvků. Tyto podněty stimulují dopaminový systém, který je úzce spojen s pocitem uspokojení a odměny. To přispívá ke vzniku nutkavého a opakovaného chování, které vede k častému a někdy až nekontrolovanému používání těchto platforem (Hansen, 2021). Navíc se zvyšuje celkový čas, který dospívající na těchto sítích tráví – zejména v případě vizuálně orientovaných aplikací, jako jsou Instagram, TikTok nebo Snapchat. Dlouhodobé a

intenzivní používání těchto platforem může u citlivějších jedinců přispět k rozvoji stresu, poruchám spánku a celkové emoční nestabilitě (Kolouch et al., 2023; Hansen, 2021).

Mezi zásadní psychologické mechanismy, které se podílejí na negativních dopadech digitálního prostředí, patří fenomén sociálního srovnávání. Adolescenti se často srovnávají s idealizovanými obrazy druhých, což vede ke snížení sebevědomí a pocitům nedostatečnosti – zejména tehdy, když se porovnávají s osobami, které působí atraktivněji nebo úspěšněji. Dalším závažným jevem je strach z promeškání (FOMO), jenž souvisí s neustálou snahou být online, mít přehled o aktuálním dění a nepropásnout žádnou sociální příležitost. Tento stav může vést k psychickému vyčerpání, zhoršené kvalitě spánku a častějším projevům depresivní symptomatiky (Kolouch et al., 2023).

3.4 Tlak na výkon a školní stres

Rostoucí požadavky kladené na školní výkon adolescentů představují zásadní faktor ovlivňující jejich duševní zdraví. V důsledku stále vyšších nároků ze strany škol, rodiny i společnosti dochází u mnoha studentů ke zvýšenému prožívání stresu, úzkostí a psychické nepohody. Akademický tlak přitom není izolovaným jevem – pramení z komplexního souboru vlivů, mezi něž patří obavy o budoucí uplatnění, tlak na dosažení výborných výsledků, soutěživost mezi vrstevníky či rigidní struktura vzdělávacího systému (News-Medical, 2024).

Současné výzkumy naznačují, že právě akademický stres může být významným prediktorem depresivních symptomů u dospívajících. Studie realizovaná v Austrálii poukazuje na to, že studenti, kteří pociťují silný tlak spojený s potřebou dosahovat specifických studijních výsledků, čelí zvýšenému riziku rozvoje depresivních poruch (News-Medical, 2024). V rámci motivačních teorií se přitom rozlišují dva základní typy cílů – cíle zaměřené na zvládnutí a cíle orientované na výkon. Zatímco první typ motivuje k osobnímu rozvoji, druhý staví úspěch na překonávání ostatních. Ukazuje se, že orientace na výkon souvisí s vyšší mírou úzkosti, nízkým sebehodnocením a frustrací v případě neúspěchu (Yang et al., 2022).

Z hlediska prevence duševních obtíží je důležité podporovat takové pedagogické přístupy, které akcentují vlastní pokrok žáka, jeho úsilí a schopnost překonávat překážky. Srovnávací analýza publikovaných studií potvrdila konzistentní spojitost mezi vysokým akademickým tlakem a nárůstem psychických potíží, zejména deprese a úzkosti (Mihara et al., 2023).

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM

V této bakalářské práci se zaměříme na fenomén „generace deprese“ (jiným názvem je též generace Z) z perspektivy českých žáků středních škol. Dle Haidta (2024) se jedná o generaci, která je poznamenána brzkým užíváním chytrých telefonů a přechodem sociálního života dospívajících na tato zařízení s nepřetržitým přístupem k platformám sociálních médií, což autor označuje jako hlavní důvod přílivové vlny duševních chorob u mladistvých. Fenomén byl zatím potvrzen ve velkých anglicky mluvících zemích, v USA a v severských zemích. Současní dospívající se potýkají s rostoucím tlakem ať už jde o vysoké akademické nároky nebo vliv sociálních sítí. Tyto faktory mohou mít výrazný dopad na jejich psychické zdraví a přispívat k nárůstu úzkosti a depresí, které odborníci v posledních letech stále častěji zaznamenávají.

Jonathan Haidt ve své knize *The Anxious Generation* (2024) poukazuje na to, že klíčovou roli v této krizi mají přechod od volného času dětí bez dozoru k vysoce strukturovaným rozvrhům a naprogramovaným činnostem, které brání rozvoji klíčových dovedností a odolnosti dětí. Haidt (2024) jako další významné činitele uvádí: vysokou míru rodičovské ochrany, která chrání děti před nepřízní osudu a neúspěchy, které tvoří přirozené a zdravé dětství. Důsledkem je nedostatek příležitostí k rozvoji odolnosti, nezávislosti a mechanismů zvládání životních výzev. Za nepříznivý považuje také vzestup „bezpečnostního přístupu“ ve školách a univerzitních kampusech, ve kterých jsou studenti stále více chráněni před nápady a myšlenkami, které by mohly být interpretovány jako urážlivé nebo „spouštěče“ něčeho nepříznivého, což opět blokuje možnosti rozvoje resilience a podporu nezávislé analýzy různých argumentů. Podle autora tyto faktory omezují rozvoj důležitých životních dovedností a oslabují psychickou odolnost mladých lidí, což je činí zranitelnějšími vůči duševním onemocněním.

Podobně studie Richarda Armitage (2024) publikovaná v *British Journal of General Practice* zdůrazňuje, že počet případů úzkostí, depresí a sebepoškozování mezi generací Z v posledních letech dramaticky narůstá. Hlavní příčinou je podle něj digitální prostředí, které mladé lidi neustále vystavuje srovnávání s ostatními, online šikaně a oslabuje jejich skutečné sociální vazby. Richard Balon (2024) pak upozorňuje, že generace Z je první, která vyrůstala s neomezeným přístupem k digitálním technologiím, a varuje, že dopady sociálních sítí na jejich duševní zdraví byly dlouho podceňovány.

Pochopení fenoménu „generace deprese“ je klíčové pro identifikaci hlavních rizikových faktorů a hledání efektivních strategií prevence. Výsledky takového výzkumu mohou pomoci psychologům a pedagogům lépe porozumět specifickým potřebám současné mládeže, ale také mohou podpořit tvorbu informačních materiálů pro žáky, rodiče a učitele, kteří se s tímto problémem setkávají v každodenním životě.

4.1 Cíle výzkumu

Cílem práce je zjistit míru výskytu depresivního syndromu mezi žáky středních škol a analyzovat jejich emoční a fyzické projevy včetně suicidálních tendencí. Práce se také zaměří na rozdíly v depresivních symptomech mezi jednotlivými ročníky středních škol.

4.2 Výzkumné otázky

V1: Jaká je míra výskytu depresivního syndromu mezi žáky středních škol?

- Jak se liší míra výskytu depresivního syndromu mezi jednotlivými ročníky středních škol?

H1: Míra výskytu depresivního syndromu je mezi 1. ročníkem a 4. ročníkem stejná.

V2: Jaká je míra výskytu depresivních symptomů mezi žáky středních škol?

- Jaké jsou nejčastější emoční projevy depresivního prožívání u žáků středních škol?
- Jaké jsou nejčastější fyzické projevy depresivních symptomů u žáků středních škol?
- Do jaké míry se u žáků středních škol objevují suicidální tendence?

4.3 Druh výzkumu

Nejvhodnějším druhem výzkumu pro pochopení fenoménu "generace deprese" z perspektivy žáků středních škol je kvantitativní výzkum. Tento typ výzkumu umožňuje objektivní měření depresivních symptomů, což poskytuje široce aplikovatelné výsledky a umožňuje jejich statistickou analýzu. Kvantitativní přístup je ideální pro zkoumání rozsahu výskytu depresivních symptomů v populaci žáků středních škol. Použití standardizovaných dotazníkových metod zajišťuje vysokou reliabilitu a validitu výsledků, což přispívá k celkové vědecké hodnotě studie.

4.4 Výzkumná technika

Jako hlavní nástroj měření depresivity byl ve výzkumu použit standardizovaný psychodiagnostický nástroj – Beckova sebesuzovací stupnice deprese pro adolescenty (Beck et al., 1996). Tato škála byla zvolena s ohledem na vysokou validitu a reliabilitu při hodnocení depresivního prožívání dospívajících, čímž umožňuje přesné a kvantitativní zachycení míry depresivního syndromu u respondentů.

Beckova stupnice obsahuje 21 položek, z nichž každá hodnotí specifický symptom deprese v oblasti kognitivní, afektivní, somatické či motivační. Respondenti vybírají jednu ze čtyř odpovědí podle intenzity výskytu symptomu (od 0 do 3 bodů). Celkové skóre se následně interpretuje dle čtyř úrovní depresivity: minimální, mírná, středně těžká a těžká deprese. Toto skóre umožňuje nejen určit celkovou míru depresivního syndromu, ale i jeho rozložení mezi jednotlivými ročníky, čímž se zajišťuje hlubší analýza vývoje duševního zdraví napříč studiem.

Zároveň byly jednotlivé položky stupnice využity k identifikaci nejčastějších typů depresivních symptomů. Na základě analýzy průměrných hodnot a četností odpovědí bylo možné rozlišit nejčastější emoční projevy, fyzické symptomy i výskyt suicidálních tendencí. Tato struktura umožnila nejen celkové zhodnocení depresivity, ale i popis jejích konkrétních projevů v rámci zkoumané populace.

4.5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor této studie tvoří žáci středních škol ve věku 15 až 20 let. Toto období spadá do adolescence, která je charakterizována intenzivními biologickými, psychickými a sociálními změnami. Klíčovým aspektem tohoto vývojového období je utváření identity, osamostatňování se a rostoucí vliv vrstevnických vztahů. Tyto faktory mohou mít zásadní dopad na duševní zdraví adolescentů a jejich psychické prožívání. Langmajer a Krejčířová (2006) poukazují na skutečnost, že adolescence je obdobím přechodu od konkrétního k abstraktnímu myšlení a stabilizace sociálních vazeb, přičemž vnější tlaky mohou přispívat k emoční nestabilitě a zvýšené vnímavosti k depresivním symptomům. Volba věkové skupiny 15 až 20 let reflektuje skutečnost, že právě v tomto období mladí lidé čelí rostoucím akademickým a sociálním nárokům. Stres spojený se školními povinnostmi, budoucí kariérou či vrstevnickými vztahy se může negativně projevit na jejich psychickém zdraví. Haidt (2024) upozorňuje, že adolescence je klíčovým obdobím pro vznik duševních obtíží, přičemž zásadním faktorem jsou nejen osobní, ale i širší společenské a kulturní vlivy.

Respondenti této věkové skupiny patří do generace Z, která zahrnuje jedince narozené v letech 1995 až 2010. Tato generace vyrůstala ve světě výrazně ovlivněném digitálními technologiemi a internetem, které zásadním způsobem formovaly jejich každodenní život a sociální interakce. Neustálé online propojení přináší nejen benefity v podobě rychlé dostupnosti informací a snadné komunikace, ale také nové výzvy, například v oblasti duševního zdraví, sebepojetí a identity.

Pro zajištění relevantních a reprezentativních dat bude využit záměrný výběr (Chráska, Kočvarová, 2014), který umožňuje cíleně oslovit respondenty splňující předem stanovená kritéria. Tento přístup zajistí, že výzkum se zaměří na skupinu mladých lidí, kteří procházejí kritickým obdobím formování duševního zdraví, a umožní hlubší pochopení fenoménu "generace deprese" v kontextu českého středoškolského prostředí.

4.6 Zpracování dat

Data bývají získávána za pomoci příslušných metod a technik sběru dat (Chráska & Kočvarová, 2015). Data při tomto výzkumu byla získána prostřednictvím online platformy Survio, která umožnila snadné šíření dotazníku a pohodlné vyplňování respondenty. Tento nástroj zároveň umožnil export výsledků do prostředí Microsoft Excel, kde probíhalo následné zpracování dat. Zvolený postup byl efektivní zejména vzhledem k velikosti vzorku a nutnosti přehledného zachycení odpovědí.

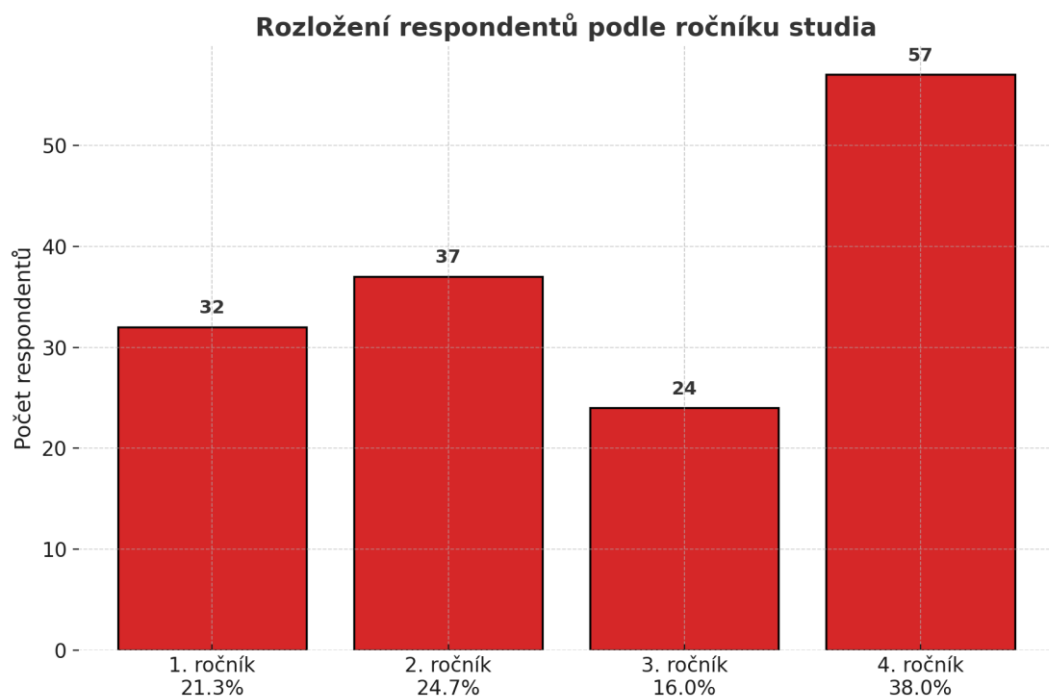
Po ukončení sběru byla data vyčištěna – byly odstraněny neúplně vyplněné dotazníky a zkontrolována správnost záznamů. Dále následovala analýza dat pomocí deskriptivní statistiky. Ta zahrnovala především výpočty četností odpovědí a průměrných hodnot u jednotlivých položek dotazníku. Tento přístup umožnil identifikovat obecné tendence v odpovědích respondentů a poskytl základní přehled o rozložení depresivních symptomů ve zkoumaném souboru.

Získaná data byla dále zpracována formou přehledné tabulky a sloupcových grafů. Grafická znázornění byla využita pro vizualizaci průměrných skóre symptomů (např. emočních a fyzických projevů deprese) a rozložení odpovědí na jednotlivé položky škály. Tento způsob zpracování poskytl jasný a srozumitelný obraz o celkovém výskytu depresivního syndromu a jeho symptomů u respondentů a umožnil přehlednou prezentaci zjištěných dat v souladu s cíli výzkumu.

4.7 Výsledky výzkumu

4.7.1 Respondenti

Graf 1 Ročník studia



Zdroj vlastní

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 150 respondentů, přičemž šlo o žáky českých středních škol různého zaměření i ročníku studia. Nejpočetnější skupinu tvořili žáci 4. ročníků, a to 57 respondentů, což představuje 38 % celkového vzorku. Následovali žáci 2. ročníků s 37 respondenty (24,7 %) a žáci 1. ročníků, kterých bylo 32 (21,3 %). Nejmenší zastoupení měli žáci 3. ročníků, celkem 24 respondentů (16 %).

Co se týče genderového složení vzorku, převažovaly dívky, kterých bylo 105, což odpovídá 70 % respondentů. Chlapců se zúčastnilo 44 (29,3 %). Jeden respondent (0,7 %) se identifikoval jako jiné pohlaví.

4.7.2 Jaká je míra výskytu depresivního syndromu mezi žáky středních škol? (VO1)

V první výzkumné otázce jsem se chtěl zaměřit na to, jaká je míra výskytu depresivního syndromu, mezi všemi respondenty. Při vyhodnocování výsledků jsem postupoval tak, že jsem si nejprve u každé otázky převedl všechna tvrzení na body, které odpovídají hodnocení (0-3), které určuje Beckova sebesposuzovací stupnice deprese pro adolescenty. Následně jsem sečetl u jednotlivých dotazníků finální skóre a porovnával jsem je s vyhodnocením tohoto testu.

Tabulka 1 Stupně deprese

	1. ročník	2. ročník	3. ročník	4. ročník	Celkový součet
Minimální deprese	17	16	12	24	69
Muž	6	5	8	11	30
Žena	11	11	4	13	39
Mírná deprese	5	9	6	14	34
Muž	1	1	2	5	9
Žena	4	8	3	9	24
Jiné	0	0	1	0	1
Středně těžká deprese	4	4	4	11	23
Muž	0	0	0	1	1
Žena	4	4	4	10	22
Těžká deprese	6	6	2	6	24
Celkový součet	32	37	24	57	150

Zdroj vlastní

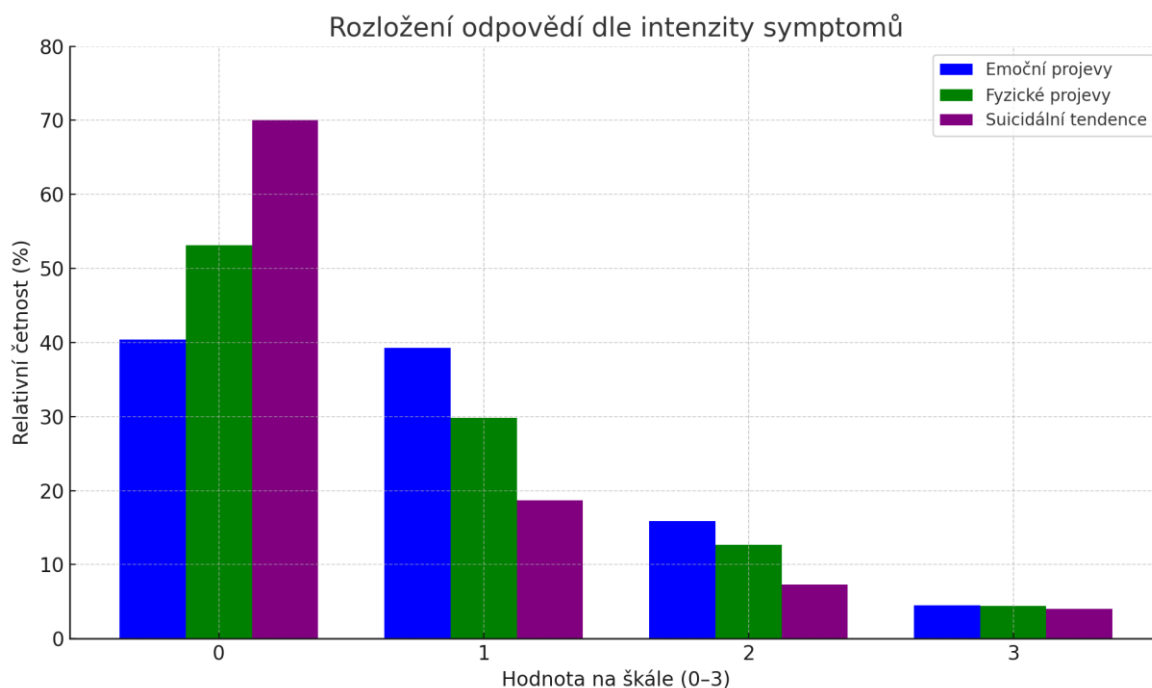
Z analýzy vyplynulo, že 69 žáků (tj. 46 %) vykazuje minimální úroveň depresivity, což značí absenci či pouze velmi mírné projevy psychické nepohody. Zbýlých 81 žáků (54 %) však spadá do některé z kategorií mírné až těžké deprese. Konkrétně 34 respondentů (23 %) se nachází v kategorii mírné depresivity, 23 (15 %) ve středně těžké a 24 (16 %) v těžké depresi. Tento poměr je významný a ukazuje, že více než každý druhý žák ve výzkumném vzorku se potýká s projevy depresivního syndromu, které mohou ovlivnit jeho každodenní fungování, školní úspěšnost i kvalitu mezilidských vztahů. Zjištěné hodnoty poukazují na nutnost posílení prevence a včasné intervence v oblasti duševního zdraví, přičemž důležitou roli zde mohou sehrát školní poradenská pracoviště a sociální pedagogové.

4.7.2.1 Jak se liší míra výskytu depresivního syndromu mezi jednotlivými ročníky středních škol?

První dílčí výzkumná otázka se zaměřila na zjištění rozdílů v míře depresivity mezi jednotlivými ročníky. V rámci tohoto cíle byla formulována hypotéza H1: Míra výskytu depresivního syndromu je mezi 1. ročníkem a 4. ročníkem stejná. Srovnáním četností jednotlivých kategorií depresivity podle ročníků však byly pozorovány výrazné rozdíly, které hypotézu vyvracejí. Nejvyšší počet žáků s mírnou až těžkou depresí byl zaznamenán ve 4. ročníku (celkem 31 z 57, tj. 54 %). Výrazný je zde zejména výskyt středně těžké deprese (11 respondentů) i mírné deprese (14 respondentů). Vysoký podíl těžké deprese se objevil také u žáků 1. ročníku (6 z 32), což může naznačovat obtížné adaptační období při přechodu na střední školu. Naopak nejnižší zátěž byla zjištěna ve 3. ročníku, kde bylo zaznamenáno nejméně případů ve všech sledovaných kategoriích. Vzhledem k těmto zjištěním lze hypotézu H1 zamítnout – míra výskytu depresivního syndromu mezi 1. a 4. ročníkem se liší, přičemž největší psychická zátěž je patrná ve 4. ročníku. Tato data naznačují, že výskyt depresivity může být ovlivněn nejen vývojovým obdobím adolescence, ale i konkrétní fází středoškolského studia. Praktické důsledky zjištění spočívají v potřebě diferencované podpory – zejména pro žáky závěrečných ročníků, kteří mohou být vystaveni vyššímu stresu v souvislosti s maturitou a přechodem do další etapy života.

4.8 Jaká je míra výskytu depresivních symptomů mezi žáky středních škol? (VO2)

Graf 2 Symptomy



Zdroj vlastní

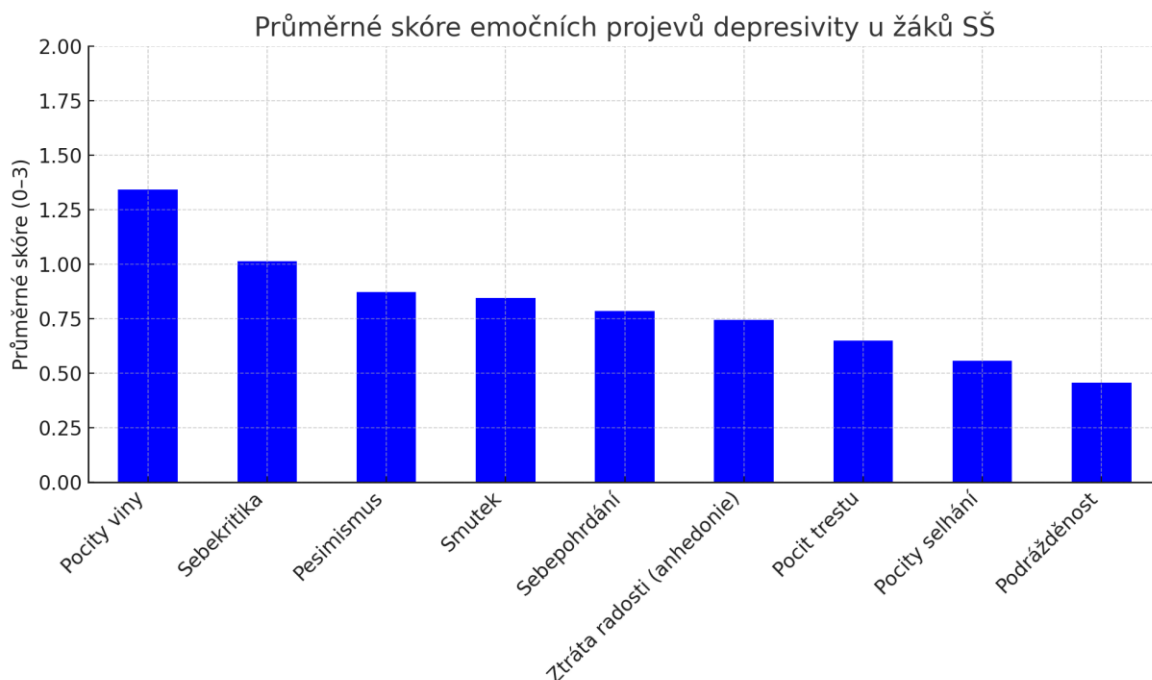
Nejčastěji jsou zaznamenávány symptomy v oblasti emočních projevů, kde přibližně jedna pětina všech zaznamenaných odpovědí spadá do kategorie střední až silné intenzity. To naznačuje, že významná část respondentů pravidelně zažívá psychickou zátěž, která může souviset s prohlubujícími se problémy v oblasti duševního zdraví.

Fyzické projevy depresivních symptomů se mezi žáky vyskytují méně často, ale stále v míře, která není zanedbatelná. Přibližně každá šestá odpověď ukazuje na střední až výrazné projevy tohoto typu, což dokládá, že i tyto symptomy jsou častou součástí depresivního prožívání adolescentní populace.

Celkově lze říci, že depresivní symptomy v různých podobách zasahují významně do středoškolské populace. Výsledky potvrzují důležitost včasného zachycení rizikových projevů a potřebu dostupné psychické podpory pro mladé lidi, kteří se s těmito obtížemi potýkají.

4.8.1.1 Jaké jsou nejčastější emoční projevy depresivního prožívání u žáků středních škol?

Graf 3 Emoční projevy



Zdroj vlastní

Na základě průměrného skóre jednotlivých položek zaměřených na emoční projevy deprese lze říci, že u sledovaných žáků středních škol se nejčastěji objevují projevy negativního ladění nálady a vnitřního psychického napětí. Nejvyšší průměrné skóre dosáhly položky reflektující pocity selhání, sebekritiku a podrážděnost. To poukazuje na skutečnost, že mnozí adolescenti vnímají vlastní výkon nebo hodnotu negativně, a zároveň se mohou cítit psychicky přetíženi, což se odráží i v jejich emoční stabilitě a schopnosti zvládat každodenní stresové situace.

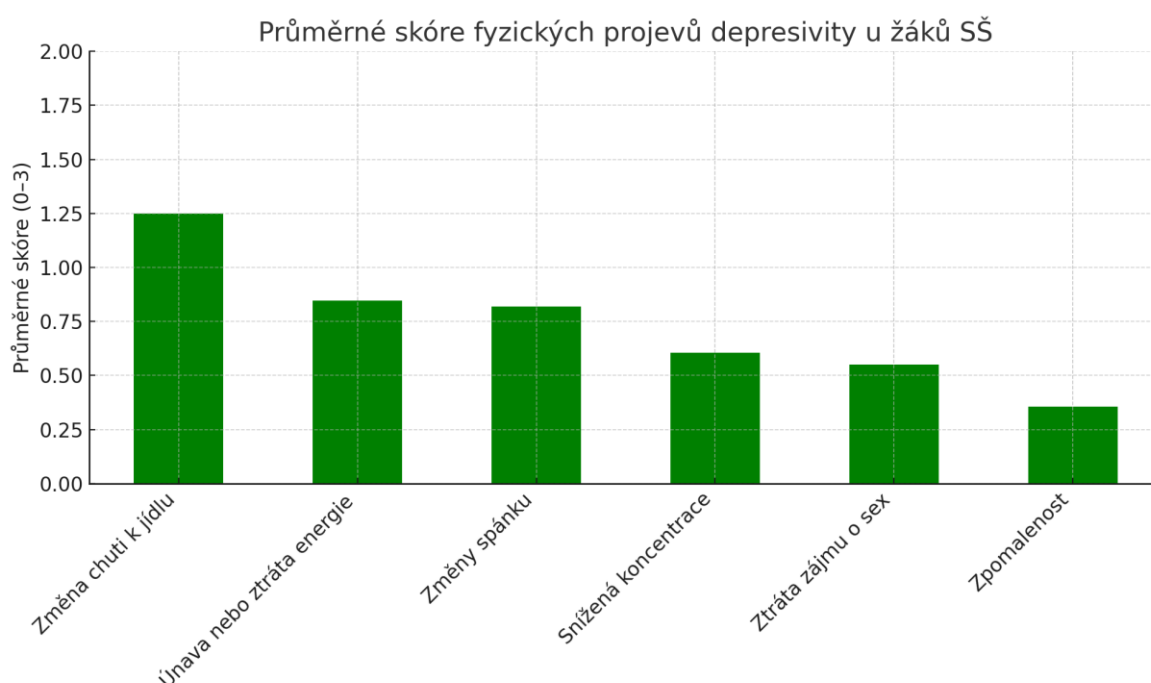
Poměrně vysoké skóre dosáhly také položky vyjadřující pesimistický postoj k budoucnosti a celkové ztráty zájmu či radosti. To může být vnímáno jako důsledek dlouhodobého stresu, akademického tlaku nebo vlivu sociálních sítí, o kterých odborná literatura často hovoří jako o klíčových faktorech duševní nepohody mladých lidí.

Nižších hodnot dosáhly položky týkající se například pocitu viny nebo pocitu trestu, které jsou sice méně časté, ale přesto přítomné v části respondentů. Jejich výskyt ukazuje na komplexnost depresivního prožívání, které se u každého jednotlivce může projevat odlišně.

Celkově lze říci, že výskyt emočních projevů depresivity je u žáků středních škol poměrně rozšířený. Nejčastěji jde o projevy spojené se sebevnímáním a náladou, které mohou významně ovlivňovat jejich psychosociální fungování, vztahy s vrstevníky i výkon ve škole. Výsledky podtrhují důležitost podpory emočního rozvoje adolescentů a systematického přístupu k prevenci duševních onemocnění v rámci školního prostředí.

4.8.1.2 *Jaké jsou nejčastější fyzické projevy depresivních symptomů u žáků středních škol?*

Graf 4 Fyzické projevy



Zdroj vlastní

Na základě průměrného skóre jednotlivých položek zaměřených na fyzické projevy depresivních symptomů ukazuje, že mezi žáky středních škol se nejčastěji objevuje změna chuti k jídlu, která dosáhla nejvyšší průměrné hodnoty ze všech sledovaných somatických symptomů. Toto zjištění naznačuje, že právě stravovací návyky jsou jedním z nejvýraznějších fyzických ukazatelů psychického zatížení adolescentů.

Poměrně vysoké hodnoty dále dosáhly položky týkající se únavy, změn spánku a snížené schopnosti koncentrace. Tyto symptomy odrážejí tělesné i kognitivní důsledky psychické nepohody, které mohou výrazně ovlivňovat školní výkon i celkovou životní spokojenost žáků.

Nižších hodnot dosáhly položky jako zpomalenost nebo ztráta zájmu o sex. Především u poslední z těchto položek je třeba zohlednit věk respondentů i možné rozpaky při odpovídání, což může výsledek do určité míry ovlivnit.

Celkově výsledky ukazují, že fyzické projevy depresivních symptomů jsou mezi středoškolskými žáky přítomné a u části z nich se vyskytují v intenzitě, která může negativně ovlivňovat jejich každodenní fungování. Tyto symptomy by měly být chápány jako důležitý indikátor duševní nepohody, a je proto žádoucí, aby byly součástí preventivních a podpůrných aktivit realizovaných ve školním prostředí.

4.8.1.3 Do jaké míry se u žáků středních škol objevují suicidální tendence

Graf 5 Suicidální tendence



Zdroj vlastní

Výsledky šetření ukazují, že suicidální tendence se mezi žáky středních škol vyskytují v míře, která není zanedbatelná. Průměrné skóre položky „sebevražedné myšlenky“ dosáhlo hodnoty 0,52 na škále 0–3, což svědčí o tom, že určitou míru suicidálních úvah uvedla významná část respondentů.

Nejčastější odpovědí byla hodnota 0, tedy žádné sebevražedné myšlenky, nicméně více než 10 % respondentů uvedlo hodnotu 2 nebo 3, které již signalizují střední až silné suicidální tendence. Tento výsledek je závažný nejen z hlediska výzkumu, ale i z pohledu školní praxe, neboť představuje potenciální riziko pro psychické zdraví a bezpečí žáků.

Přítomnost takto vyhraněných odpovědí ukazuje na potřebu systematického zachytávání rizikových jedinců, budování důvěryhodného prostředí ve škole a zajištění dostupné psychologické podpory. Výsledky dále potvrzují, že tématu duševního zdraví – a zvláště suicidalitu – je třeba věnovat v rámci preventivních programů maximální pozornost.

4.9 Shrnutí

Výsledky dotazníkového šetření realizovaného mezi žáky středních škol odhalily, že více než polovina respondentů vykazuje mírné až těžké známky depresivního syndromu. Nejvyšší míra výskytu syndromu byla zaznamenána u žáků čtvrtého ročníku, což lze interpretovat jako důsledek narůstajícího stresu spojeného se závěrečnými zkouškami. Tyto nálezy odpovídají trendům popisovaným v aktuálních odborných publikacích, které potvrzují nárůst depresivních a úzkostných poruch u adolescentů v poslední dekádě (Armitage, 2024; Balon, 2024).

Nejčastěji uváděnými symptomy byly podrážděnost, ztráta energie, poruchy spánku a ztráta zájmu o běžné činnosti. Dalším zjištěním je rovněž výskyt sebevražedných myšlenek u přibližně každého desátého respondenta, což podtrhuje nutnost systematické prevence a dostupnosti krizových intervencí ve školním prostředí.

Z hlediska příčin lze vysledovat silnou souvislost s tzv. digitální transformací dětství. Haidt (2024) ve své publikaci popisuje fenomén „phone-based childhood“ jako zásadní faktor, který vedl ke ztrátě volné hry, nárůstu sociálního srovnávání a poklesu duševní odolnosti mladých lidí. Vliv digitálních technologií a sociálních sítí je rovněž uváděn jako jeden z hlavních determinantů zvyšující se míry psychických onemocnění u generace Z (Balon, 2024; Armitage, 2024). Podobné závěry přináší i dlouhodobá studie Twenge a kol. (2019), která na základě analýzy dat od více než 200 000 amerických adolescentů prokázala, že zvýšený čas strávený na digitálních zařízeních je spojen se sníženou psychickou pohodou, vyšší mírou osamělosti a depresivními symptomy. Autoři varují, že důsledky digitálního prostředí mohou být zásadním rizikovým faktorem zejména u mladších dospívajících, kteří jsou na vývojových přechodech obzvláště zranitelní.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřila na zkoumání fenoménu „generace deprese“ z perspektivy žáků středních škol, přičemž hlavním cílem bylo zjistit míru výskytu depresivního syndromu mezi touto skupinou a analyzovat jejich emoční a fyzické projevy včetně suicidálních tendencí. Zároveň bylo cílem porovnat výskyt depresivních symptomů mezi jednotlivými ročníky středních škol.

Na základě výsledků kvantitativního výzkumu, který byl realizován pomocí Beckovy sebeposuzovací stupnice deprese pro adolescenty a doplňkového dotazníku, lze konstatovat, že cíle práce byly naplněny. Získaná data potvrdila, že více než polovina respondentů vykazuje mírné až těžké známky depresivního syndromu. Zjištění ukazují, že nejvyšší míra depresivity byla zaznamenána u žáků čtvrtého ročníku, což lze spojit s vyšší mírou stresu a nejistoty ohledně budoucnosti, zejména v kontextu blížící se maturity a volby dalšího studijního nebo pracovního směřování.

Mezi nejčastější symptomy, které respondenti uváděli, patří podrážděnost, poruchy spánku, ztráta energie a ztráta zájmu o dříve oblíbené činnosti. Důležité je rovněž zjištění výskytu suicidálních myšlenek, které přiznalo přibližně 10 % respondentů. Toto zjištění podtrhuje důležitost systematické a cílené prevence duševních onemocnění ve školním prostředí a potřebu zavádění krizových intervenčních služeb dostupných adolescentům.

Z hlediska příčin lze pozorovat silnou souvislost s digitálním prostředím a tzv. „digitální transformací dětství“, jak ji popisuje Haidt (2024). Nadměrné používání digitálních technologií, zejména chytrých telefonů a sociálních sítí, je spojeno s nárůstem srovnávání, poklesem mezilidských interakcí a snížením psychické odolnosti. Tyto závěry jsou v souladu s nynějšími zahraničními studiemi (např. Twenge et al., 2019; Armitage, 2024; Balon, 2024), které varují před dlouhodobými důsledky této transformace na psychické zdraví mladých lidí.

Na základě získaných dat byla vyvrácena výzkumná hypotéza, že míra výskytu depresivního syndromu je stejná mezi žáky prvního a čtvrtého ročníku. Rozdíly byly statisticky významné, přičemž čtvrtý ročník vykazoval vyšší míru depresivity.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- Armitage, R. (2024). *Generation Z and the meteoric rise in anxiety, depression, and self-harm*. British Journal of General Practice, 74(739), 322–324. <https://doi.org/10.3399/bjgp24X738693>
- Armitage, R. (2024). *The mental health crisis in Generation Z: A public health challenge*. British Journal of General Practice, 74(1), 25–32.
- Asociace sociálních pedagogů. (n.d.). *Komparace činnosti sociálního pedagoga*. <https://asocp.cz/asocp/komparace-cinnosti-socialniho-pedagoga/>
- Balon, R. (2024). *Digital exposure and adolescent depression: A critical analysis*. Journal of Psychiatric Research, 130(2), 50–63.
- Balon, R. (2024). *The impact of social media, smartphones, and overprotective parenting on child and adolescent development*. Academic Psychiatry, 48(4), 645–647. <https://doi.org/10.1007/s40596-024-02070-x>
- Bartečková, E., Hořínková, J., & Křenek, P. (2022). Smíšená úzkostná a depresivní porucha: přehled literatury. *Psychiatrie pro praxi*, 23(3), 153–159.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Buijssen, H. (2021). *Deprese: jak pomoci a neztratit sám sebe: průvodce pro rodinu a přátele*. Grada.
- ČPZP. (2025). *Deprese se musí léčit*. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. <https://www.cpzp.cz/clanek/2315-0-Deprese-se-musi-lecit.html>
- Dolejš, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Haidt, J. (2024). *The Anxious Generation: How the Great Rewiring of Childhood Is Causing an Epidemic of Mental Illness*. Penguin Press.
- Hansen, A. (2021). *Instamozek: Jak sociální sítě ovlivňují náš mozek, duševní zdraví a spánek*. Portál.
- Chráška, M., & Kočvarová, I. (2014). *Kvantitativní design v pedagogických výzkumech začínajících akademických pracovníků*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

- Chráska, M., & Kočvarová, I. (2015). Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.
- Juríková, L., & Kågström, A. (2023). *Duševní zdraví ve škole: základy posilování psychické pohody žáků i učitelů*. Pasparta Publishing.
- Klimeš, J., & Adam, Z. (2021). *Dysthymie: Lidé s temnou duší a jejich blízcí*. Praha: Novela Bohemica.
- Köhler, R. (2014). *Elektrokonvulzivní terapie*. *Psychiatrie pro praxi*, 15(1), 19–22. <https://www.psychiatriepropraxi.cz>
- Kolouch, D., Kerner, J., & Hrdlička, M. (2023). *Sociální sítě a jejich vliv na duševní zdraví mládeže*. *Česká a slovenská psychiatrie*, 119(5), 186–192.
- Kraus, B. (2014). *Základy sociální pedagogiky* (2. vyd.). Portál.
- Křivohlavý, J. (2003). *Jak zvládat depresi* (2., rozš. vyd.). Grada.
- Křivohlavý, J. (2012). *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Grada.
- Langmajer, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Grada.
- Macek, P. (2003). *Adolescence* (2. uprav. vyd.). Portál.
- Mihara, M., Kitamura, A., Usami, M., & Sasaki, N. (2023). *Relationship between academic stress and depressive symptoms in adolescents: A systematic review*. *Frontiers in Psychology*, 14, 1170896. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1170896>
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2024). *MŠMT představilo další kroky k posílení duševního zdraví ve školách*. <https://msmt.gov.cz/ministerstvo/novinar/msmt-predstavilo-dalsi-kroky-k-posileni-dusevniho-zdravi-ve>
- News-Medical. (2024). *Academic pressure linked to higher depression risk in teens*. <https://www.news-medical.net/news/20240422/Academic-pressure-linked-to-higher-depression-risk-in-teens.aspx>
- NZIP. (2025). *Deprese: vznik, prevence a rizikové faktory*. Národní zdravotnický informační portál. <https://www.nzip.cz/clanek/681-deprese-vznik-prevence-a-rizikove-faktory>
- Praško, J., Brunovský, M., Závěšická, L., & Doubek, P. (2008). Sezónní afektivní porucha a léčba jasným světlem. *Psychiatrie pro praxi*, 9(2), 71–75. Solen.

- Praško, J., Doubek, P., Látalová, K., Grambal, A., Kamarádová, D., & Ticháčková, A. (2011). Fototerapie – léčba jasným světlem. *Medicína pro praxi*, 8(11), 472–478. <https://www.medicinapropraxi.cz>
- Praško, J., Prašková, H., & Prášková, J. (2003). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Portál.
- Procházka, M. (2012). *Sociální pedagogika*. Grada.
- Suchá, J., & Dolejš, M. (2016). *Agresivita, depresivita, sebehodnocení a impulzivita u českých adolescentů*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Světová zdravotnická organizace. (2021). *Adolescent mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Šance Dětem. (n.d.). *Školní sociální pedagog*. <https://sancedetem.cz/skolni-socialni-pedagog>
- Šimcová, D. (2015). *Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s poruchami duševného zdravia* (2. vyd.). Univerzita Tomáše Bati; Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Fakulta zdravotníctva.
- Šmaha, J., Kolářik, M., & Glase, O. (2023). *Závislostní chování na internetu: Proměny chování generací v digitální éře*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Tenenbaum, S. (2018). *Deprese, odkaz předků: transgenerační přenos*. Portál.
- Twenge, J. M., Martin, G. N., & Spitzberg, B. H. (2019). Trends in U.S. Adolescents' media use and associations with depression and suicide, 2009–2017. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(2), 119–133. <https://doi.org/10.1037/abn0000410>
- Vaculčíková Sedláčková, Z., & Praško, J. (2019). *Deprese a poruchy osobnosti*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vágnerová, M. (2005). *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Karolinum.
- van den Berg, M. (2020). *Jak se vzájemně chápat: generace X, Y, Z*. Grada.
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (Eds.). (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie* (3., aktualiz. vyd.). Portál.
- WHO (2006). *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (MKN-10)*.

Yang, Y., You, J., Zhang, Y., & Leung, F. (2022). *Achievement goals and depression among adolescents: A meta-analytic review*. Journal of Adolescence, 94, 26–37.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8695784/>

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Ročník studia	33
Graf 2 Symptomy	36
Graf 3 Emoční projevy	37
Graf 4 Fyzické projevy	38
Graf 5 Suicidální tendence	39

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Stupně deprese	34
--------------------------------	----

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Např. Například

Tzv. Takzavně

MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí

SAD Sezónní afektivní porucha

MADD Smíšené úzkostně depresivní porucha

DSM Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

MAO Monoaminoxidázy

SSRI Antidepresiva se selektivní inhibicí zpětného vychytávání serotoninu

ECT Elektrokonvulzivní terapie

FOMO Strach z promeškání

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Ondřej Malina a studuji na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Rád bych Vás požádal o vyplnění dotazníku, který se zaměřuje na výskyt depresivního syndromu u adolescentů. Všechny získané údaje budou anonymní a použity výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Dotazník obsahuje různé výroky. Před tím, než vyberete odpověď, si prosím pečlivě přečtěte všechny možnosti a vyberte tu, která Vás nejlépe vystihuje. Pokud Vám žádná odpověď zcela nevyhovuje, vyberte tu, která je pro Vás nejbližší...

1. Uved'te prosím Vaše pohlaví:
 - ☐ Muž
 - ☐ Žena
 - ☐ Jiné: _____
2. Uved'te prosím váš věk:
 - ☐ 15-16 let
 - ☐ 17-18 let
 - ☐ 19-20 let
3. Do jakého ročníku SŠ chodíte?
 - ☐ 1. ročník
 - ☐ 2. ročník
 - ☐ 3. ročník
 - ☐ 4. ročník
4. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
 - ☐ Necítím se smutný/á.
 - ☐ Cítím se posmutnělý/á, sklíčený/á.
 - ☐ Jsem stále smutný/á a smutku se nedokážu zbavit.
 - ☐ Jsem tak nešťastný/á, že to nemohu snést.

5. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
- o Příliš se budoucnosti neobávám.
 - o Budoucnosti se obávám.
 - o Vidím, že se už nemám na co těšit.
 - o Vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit.
6. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
- o Nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly.
 - o V životě jsem měl/a více smůly a neúspěchu, než obvykle mají jiní lidé.
 - o Vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů.
 - o Vidím, že jsem jako (dítě svých rodičů, partner, ...) plně selhal/a.
7. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
- o Jsem v podstatě spokojen/a.
 - o Věci mě už netěší tak, jako dříve.
 - o Nic mi již nepřináší uspokojení.
 - o Ať dělám cokoli, jsem nespokojen/a.
8. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
- o Netrpím pocity viny.
 - o Často mívám pocity viny.
 - o Hodně často mívám pocity viny.
 - o Stále trpím pocity viny.
9. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
- o Nemám pocit, že bych měl/a být za něco potrestán/a.
 - o Mám pocit, že bych mohl/a být za něco potrestán/a.
 - o Očekávám, že budu nějak potrestán/a.
 - o Víím, že budu potrestán/a.
10. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:

- o Necítím se příliš zklamán/a sám (sama) sebou.
 - o Zklamal/a jsem se v sobě.
 - o Jsem dosti znechucen/a sám (sama) sebou.
 - o Nenávidím se.
11. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
- o Necítím se horší než kdokoliv jiný.
 - o Mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb.
 - o Stále si vyčítám všechny své chyby.
 - o Za všechno špatné mohu já.
12. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
- o Nepřemýšlím o sebevraždě.
 - o Někdy pomýšlím na sebevraždu.
 - o Často přemýšlím o sebevraždě.
 - o Kdybych měl/a příležitost, tak bych si vzal/a život.
13. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
- o Nepláču více než obvykle.
 - o Pláču nyní častěji než předtím.
 - o Pláču nyní stále, nedokážu přestat.
 - o Nemohu už ani plakat.
14. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
- o Nejsem nyní podrážděnější více než obvykle.
 - o Jsem často podrážděný/á a rozladěný/á.
 - o Jsem stále podrážděný/á a rozladěný/á.
 - o Nemohu se již rozčílit ani věcmi, které mě dříve rozčilovaly.
15. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
- o Neztratil/a jsem zájem o ostatní lidi.

- o Mám menší zájem o ostatní lidi.
 - o Ztratil/a jsem většinu zájmu o ostatní lidi.
 - o Ztratil/a jsem všechnen zájem o ostatní lidi.
16. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
- o Dokážu se většinou v běžných situacích rozhodnout.
 - o Odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve.
 - o Mám značné potíže v rozhodování.
 - o Vůbec se nedokážu rozhodnout.
17. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
- o Nemám větší starosti se vzhledem než dříve.
 - o Mám starosti, že vypadám už dost staře a neatraktivně.
 - o Mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, vypadám dost nepěkně.
 - o Mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě.
18. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
- o Práce mi jde jako dříve.
 - o Musím se nutit, když chci začít něco dělat.
 - o Dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal/a.
 - o Nejsem schopen (schopna) jakékoliv práce.
19. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
- o Spím stejně dobře jako dříve.
 - o Nespím již tak dobře jako dříve.
 - o Probouzím se o hodinu až dvě dříve než obvykle a nemohu pak již spát.
 - o Denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin denně.
20. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
- o Necítím se unavenější než dříve.
 - o Unavím se snadněji než dříve.

- o Téměř všechno mě unavuje.
 - o Únava mi zabraňuje cokoli dělat.
- 21. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
 - o Mám svou obvyklou chuť k jídlu.
 - o Nemám takovou chuť k jídlu jako dříve.
 - o Mám mnohem menší chuť k jídlu.
 - o Zcela jsem ztratil/a chuť k jídlu.
- 22. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
 - o V poslední době jsem nezhubnul/a.
 - o V poslední době jsem zhubl/a o více než 2,5 kg.
 - o V poslední době jsem zhubl/a o více než 5 kg.
 - o V poslední době jsem zhubl/a o více než 7,5 kg.
- 23. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
 - o Nestarám se o své zdraví více než obvykle.
 - o Nyní mi dělají starosti různé bolesti po těle, žaludek, zácpa, srdce apod.
 - o Velice často myslím na tělesné obtíže.
 - o Moje bolesti a těžkosti mě zcela vyčerpávají.
- 24. Vyberte prosím tvrzení, které Vás během minulých dvou týdnů nejvíce vystihuje:
 - o Nepozoruji snížení zájmu o sex.
 - o Mám menší zájem o sex než dříve.
 - o Mám o hodně menší zájem o sex než dříve.
 - o Ztratil/a jsem úplně zájem o sex