

Vzrůstající deprese mladistvých jako závažný sociální problém

Bc. Alena Stoklásková

Diplomová práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Alena Stoklásková**
Osobní číslo: **H160343**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Vzrůstající deprese mladistvých jako závažný sociální problém**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti adolescence, sociálních dopadů onemocnění depresí u mladistvých a možnosti sociálně pedagogické intervence.
Příprava metodiky empirické části.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledku výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat depresi. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-0575-3.

VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

HERMAN, Erik a Pavel Doubek. Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-157-8.

Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Mgr. Jaroslav Balvín, CSc.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **21. listopadu 2018**

Termín odevzdání diplomové práce: **18. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 21. listopadu 2018

doc. ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka

L.S.

Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 10.4.2019

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů

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 ižěj nejmně 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, učíje-li několi za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vyrobené 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 udělení svolení bez vědného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení ohybějšího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo učít 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 výdělků jim 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 výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou a specifiky deprese mezi mladistvými. Popisuje historii vývoje této nemoci, její možné příčiny, možnosti a metody léčby, ale také úskalí, se kterými se takto postižený člověk potýká v každodenním životě. Vymezuje také příznaky a projevy u mladistvých. Praktická část představuje výzkum, zaměřený na upřesnění specifí, které mohou být příčinou vzniku deprese a jejich vlivy na jednotlivá pohlaví. Výzkum byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření. Na závěr je uvedena analýza a interpretace výsledků, ze kterých je zpracováno doporučení pro praxi.

Klíčová slova:

mladistvý, adolescent, deprese, stres, antidepressiva, prevence.

ABSTRACT

The diploma thesis is focused on issues and specifics of depression between teenagers. It describes the history of the development of this disease, its possible causes and methods of treatment. But also the pitfalls with those the disabled person is in contact every day. It also defines the signs and symptoms of depression of the adolescents.

The practical part is focused on research aimed of specifics that may be the cause of depression and their effects on individual gender. The research was conducted through a questionnaire survey. In the final part there is analysis and summary of the results with recommendation for practise.

Keywords:

Teenagers, adolescent, depression, stress, antidepressants, prevention

Velmi ráda bych vyjádřila velké poděkování vedoucímu mé diplomové práce doc. PhDr. Mgr. Jaroslavu Balvínovi, CSc. za odborné rady, podnětné připomínky, trpělivost a čas, který mi při konzultacích věnoval, ale především tak za milý a lidský přístup. Také bych chtěla poděkovat své rodině za trpělivost, podporu a pomoc, kterou mi během celého studia poskytovali.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 K TEORETICKÝM VÝCHODISKŮM A POJMŮM.....	13
1.1 VZTAH TÉMATU K SOCIÁLNÍ PEDAGOGICE.....	13
1.2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....	15
2 DEPRESE A FAKTORY, KTERÉ JI OVLIVŇUJÍ.....	18
2.1 POJETÍ DEPRESE V HISTORII.....	19
2.2 PŘÍČINY DEPRESE.....	19
2.2.1 Vrozené dispozice.....	21
2.2.2 Návykové látky.....	22
2.2.3 Rodina nebo prostředí výchovy jedince a možný dopad na něj.....	22
2.2.4 Sebepojetí.....	23
2.2.5 Životní události, stres.....	23
2.2.6 Další možné vlivy.....	25
2.3 PROJEVY DEPRESE.....	26
2.4 DIAGNOSTIKA.....	28
2.5 MOŽNOSTI LÉČBY.....	29
2.5.1 Psychoterapie.....	29
2.5.2 Farmakoterapie.....	30
2.5.3 Jiné druhy léčby.....	33
2.6 PREVENCE.....	34
3 DEPRESE MLADISTVÝCH JAKO FENOMÉN DNEŠNÍ DOBY.....	37
3.1 ŽIVOTNÍ STYL A PROBLÉMY DNEŠNÍ MLÁDEŽE.....	37
3.2 VLIVY A PŘÍČINY.....	38
3.3 PROJEVY DEPRESE U ADOLESCENTŮ A DĚTÍ.....	43
3.4 LÉČBA DEPRESIVNÍHO SYNDROMU U MLADISTVÝCH.....	45
3.4.1 Psychologická léčba.....	45
3.4.2 Farmakoterapie.....	46
3.5 DOPAD DEPRESE ADOLESCENTŮ NA DOSPĚLÝ VĚK.....	47
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	48
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	49
4.1 CÍL VÝZKUMU.....	49
4.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	49
4.3 TYP VÝZKUMU.....	50
4.4 METODA ZÍSKÁVÁNÍ DAT.....	50
4.5 STANOVENÍ HYPOTÉZ.....	51
4.6 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	51
4.7 PŘÍPRAVA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	52
5 VYHODNOCENÍ A PODROBNÁ INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	53

5.1	VÝZKUMNÝ VZOREK	53
5.2	PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	53
5.3	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	96
5.3.1	Vyhodnocení hlavního cíle	96
5.3.2	Vyhodnocení dílčích cílů	106
5.4	INTERPRETACE DAT	111
5.5	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	112
	DISKUSE	114
	ZÁVĚR	117
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	119
	SEZNAM OBRÁZKŮ	122
	SEZNAM GRAFŮ	123
	SEZNAM TABULEK	126
	SEZNAM PŘÍLOH	127

ÚVOD

Diplomová práce je cílená na jednu z moderních civilizačních chorob – depresi, se zaměřením na mladistvé, u kterých se projevuje čím dál častěji a ve vyšším počtu.

Pojem deprese už v dnešní uspěchané a soutěživé době není nic neobvyklého a řada z nás se s ním setkala i ve svém okolí nebo osobně. Pokud se ale s tímto pojmem setkáme v souvislosti s mladým člověkem nebo dokonce dítětem, většinu z nás napadne otázka: „Proč?“ Deprese bývají obvykle spojovány s pojmy jako starší věk a nahromaděné problémy, které se za život naskládaly, většinou vlivem chybných rozhodnutí nebo nešťastné souhry náhod. Proč ale těmito pocity trpí i mladý člověk? Vždyť přece mládí samo o sobě vzbuzuje pocity jako radost ze života, energie a užívání si nekonečné svobody a volnosti s vidinou neomezených možností a začátků. Kde se tedy bere ten pocit smutku, beznaděje a sklíčenosti už v tak mladém věku, kdy je možno ještě s nadsázkou mluvit o „čistém životním štítu“, když těmto jedincům chybí životní zkušenosti, protože mají celý život před sebou? Jak je možné, že někteří už teď nevidí jeho smysl, i když jde často vlastně ještě o děti?

Hlavním cílem této práce je zjistit, jaké další faktory mimo pohlaví mohou ovlivňovat sklony k depresím a jejich vzrůstající četnost u mladistvých.

Práce je rozdělena na dvě základní části - teoretickou a praktickou.

Teoretická část je dále členěna do tří kapitol. Obsahem první je upřesnění vztahu tématu k studijnímu oboru a základních pojmů.

Ve druhé kapitole teoretické části diplomové práce se budu zabývat pojmem deprese jako takové, jejího průběhu v historii a současné době, možným příčinám, možnostem léčby depresivních stavů, ale také prevenci vzniku tohoto onemocnění.

Ve třetí kapitole je upřesněna problematika současné doby a důležitých činitelů, které mají významný vliv na psychiku mladých lidí. Jsou zde podrobněji popsány i další faktory, které mohou negativně působit na rozvoj mladého člověka a bránit mu ve zdravém vývoji, vyrovnaném postoji k životu a k životním cílům a jejich následný dopad na jedince i společnost.

Praktická část tvoří dotazníkové šetření na základě sběru informací a interpretaci výsledků. Tyto informace byly čerpány z více typů škol, kdy základním cílem bylo zjistit, z čím problémem deprese souvisí a jakými faktory může být ovlivněn.

Dotazníky byly rozdány na druhém stupni základní školy, středním odborném učilišti a na gymnáziu. Pro tyto účely byly vytvořeny dotazníky s otázkami, které mají upřesnit cíle jednotlivých šetření. Z výsledků a zhodnocení jednotlivých částí dotazníků bude vytvořeno doporučení pro praxi v této oblasti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 K TEORETICKÝM VÝCHODISKŮM A POJMŮM

V první kapitole teoretické části práce hovoříme o vztahu zvoleného tématu a sociální pedagogiky a také se věnujeme objasnění základních pojmů, které používáme v dalších kapitolách. Teorii uvádíme za pomoci citací, a to jak citací přímých, tak parafrázováním dle Harvardského systému (metoda prvku a data). Jazykovou a stylistickou správnost jsme ověřovali pomocí „Tezaurus českého jazyka“.

1.1 Vztah tématu k sociální pedagogice

Tisíce let před Kristem byla průměrná délka lidského života něco okolo dvaceti let.

V tehdejších životních podmínkách umíralo předčasně mnoho mladých lidí a dětí, což bylo způsobeno nedostatkem jídla, nemocemi, úrazy, válkami a dalšími vlivy. Ale i v tehdejší době se stávalo, že se někteří lidé dožívali i devadesáti let.

Na začátku 19. století se průměrný věk člověka pohyboval již kolem padesáti let a na konci minulého století byl průměrný věk, dle výzkumných šetření, stanoven na 80 let.

Z historicky zdokumentovaných průzkumů tedy vyplývá, že za poslední století se zvýšil průměrný věk člověka stejně asi jako před tím za cca pět tisíc let, což způsobila narůstající odbornost v oblasti medicíny, vývoj léků, osvěta v oblasti dodržování hygieny atp.

V současné době se sice mnoho lidí dožije nesrovnatelně vyššího věku než v minulém tisíciletí, ovšem otázkou často zůstává v jaké kvalitě.

Mládí je start dospělého života, ale také je odrazovým můstkem jeho kvality. Je odrazem toho, co si v sobě neseme, jaký pohled na život máme, jaké máme životní hodnoty a jak zvládáme čelit všem životním překážkám a nástrahám, které nás v jeho průběhu potkají. Vzhledem k průměrnému věku člověka v této době, určitě stojí za to pracovat na co nejkvalitnějším prožití života. (Říčan, 1989, s. 93)

Sociální pedagogika je dle Bakošové (2005, s. 21 - 33) vědním oborem, který se zabývá vztahem mezi výchovou a prostředím a ke zkvalitnění života člověka je přímo určená. Měla by se zabývat výchovou a právním nárokem na ni a odchylkami od sociálního chování. Sociální pedagogika slouží také jako pomoc veškerým dalším věkovým skupinám lidí, což znamená, že nás její výchovné, podpůrné a další úlohy, provázejí prakticky celým životem. Vzhledem k současné životní situaci, kdy je významným způsobem nabourán žebříček hodnot a v mnoha směrech vládne nejistota, je čím dál těžší se orientovat a nastavit si ten správný životní směr, který je velmi důležitý pro rovnováhu v celém životě. Proto je nezbytné působit na jedince v co nejranějším věku života. Je velmi důležité, aby byli schop-

ni odlišit věci podstatné od těch nepodstatných, a aby byly upevňovány základní životní hodnoty, což je současně základní kámen pro kvalitně prožitý život. Primárním vlivem k motivaci a učení těchto základních životních pravd a hodnot je rodina, ale také pedagogové, výchovní poradci a další pracovníci v této oblasti, kteří formují životní priority mladého člověka tak, aby se lépe orientoval v životě jako dospělý. Je potřeba podpořit zdravý růst a vývoj a kladný vztah k sobě samému, jak v oblasti fyzické, tak i psychické. K tomu slouží nejrůznější aktivity a programy, motivační a vzdělávací, které využívají znalostí v oblasti sociální pedagogiky a určují správné nástroje a prostředky pro tento účel, které mohou mladého člověka jak vychovávat, tak mu pomoci v sebevýchově, seberealizaci a upevnění životních cílů. V tomto směru mají významný vliv jak pedagogika, tak i sociální pedagogika, která čerpá z pedagogiky 20. století a inspiruje se v jednotlivých směrech.

Např.:

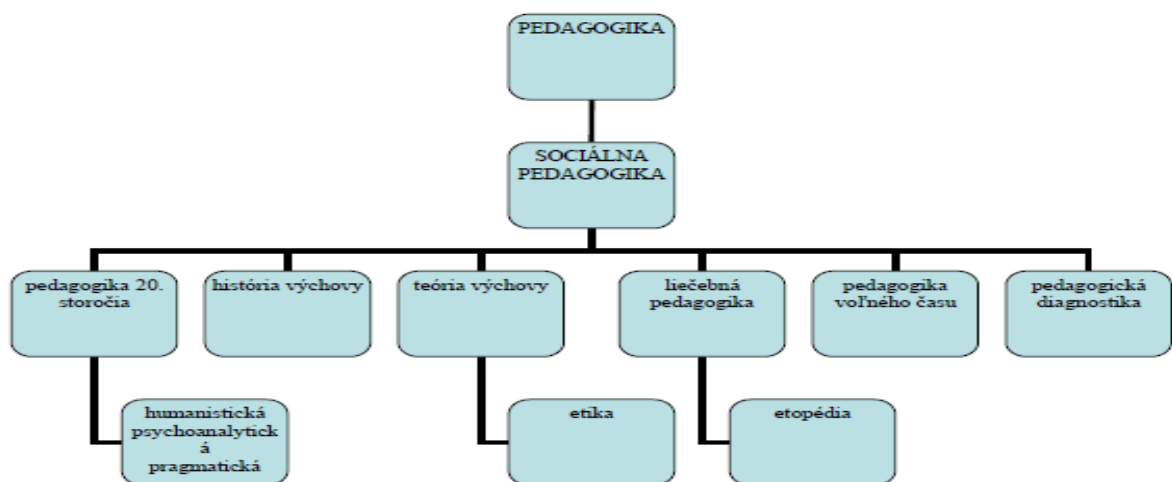
psychoanalytická pedagogika - pojetí výchovy (hledá souhru vnitřního konfliktu pudů a morálky).

existencialistická pedagogika - posílení a poznání vlastního já.

pragmatická pedagogika - společenské prostředí, schopnost člověka začlenění se do společnosti, sociální zkušenosti a ukázka výchovy.

humanistická pedagogika - klade důraz na lidské potřeby a individualitu každého člověka.

Obrázek 1 Vztah sociální pedagogiky a pedagogiky 20. Století



Bakošová, 2000

Zdroj: Bakošová 2005

Všechny tyto skupiny mají významný vliv pro zdravou a vyrovnanou výchovu a rozvoj jedince. (Bakošová, 2005)

1.2 Vymezení základních pojmů

Tato podkapitola bude věnována objasnění jednotlivých základních pojmů, které jsou obsahem této diplomové práce. Podkladem pro diplomovou práci je odborná literatura.

Zmíněné pojmy pro definici jsou: mladistvý, adolescent, deprese, stres, antidepresiva a prevence.

Mladistvý

Z legislativního pohledu se jedná o jedince ve věku 15 až 18 let, který je již trestně odpovědný, a to především v českých podmínkách. V mezinárodním měřítku se vymezení hranice pro pojem mladistvý značně liší, i z pohledu vnitrostátního práva, kdy se obecně tento pojem přiřazuje jedincům rámcově nad i pod věkové ohraničení 15 až 18 let. Z obecného pohledu je pojmem mladistvý (anglicky juvenile) označován jako velmi mladý, svěží, na rozmezí dětství a dospělosti, kdy je hranice stanovována spíše individuálním vývojem daného jedince. (Hartl, Hartlová, 2009, s. 321)

Adolescent

Tímto pojmem je označováno období dozrávání a dospívání fyzicky i psychicky. Často je označováno jako období puberty nebo rané dospělosti. Mezi pohlavími se, dle odborníků, věkové vymezení nepatrně liší. Zatímco u dívek jde o 12 až 18 let, u chlapců je tato hranice posunuta na 14 až 21 let. Z psychologického pohledu jde o období zrání a utváření si postojů a názorů, postupného osamostatňování se, ale také období větší náchylnosti k různým krizím v důsledku nových zkušeností. Výraz adolescent byl použit poprvé v období 15. století, pochází z latinského adolescere (dospívat) a je jím označováno období mládí. (Macek, 1999, s. 11)

Deprese

Deprese je ústředním tématem práce. Základní popis je vždy stejný, ale z pohledu jednotlivých autorů, kteří se touto problematikou zabývají, se v některých menších či větších detailech může lišit. Proto je zde uvedeno více názorů a pohledů, aby bylo zřejmé porovnání:

„Deprese je nemoc, nikoliv lenost, nedostatek vůle nebo slabošství. Je to nemoc, která vede k vážnému životnímu utrpení.“ (Praško, Prašková a Prašková, 2001, s. 7)

Deprese je vesměs definována jako pocit sklíčenosti, velkého smutku, úzkosti a beznaděje. Může se objevit zcela nečekaně. Někdy má reálný původ v podobě životní tragédie či genetické dispozice, jindy zůstává její vznik obestřen tajemstvím.

Samotný pocit smutku, a sklíčenosti ale ještě nemusí znamenat depresi, která je interpretována jako onemocnění duše i těla. Pocit smutku může být způsoben např. životním nezdarem nebo složitou životní situací, ve které se nyní nacházíme, a je mnohdy velmi obtížné rozpoznat, kdy se jedná o momentální stav mysli nebo již o nemoc, která se bohužel nevyhýbá ani mladým. (Praško, Prašková a Prašková, 2001, s. 14)

Podle Anderse (2001, s. 3) není deprese pouze onemocněním duše, ale také těla. Nemoc dále doprovází celkový nezájem o dění kolem, nejbližší okolí, práci, dokonce ani o sebe. Velmi trpí sebevědomí, objevují se stavy úzkosti a nejsou výjimečné ani myšlenky na smrt. Anders a Skopková, (2006, s. 14) uvádějí, že se deprese projevuje někdy bez psychologicky vysvětlitelné příčiny a je označována jako závažné onemocnění, které významně snižuje kvalitu života a vede, podle stupně závažnosti, k poklesu výkonnosti jedince, ke ztrátě pracovní schopnosti a v těžších případech až k sebevraždě.

„Depresivní porucha je onemocnění celého organismu, které postihuje tělo, náladu, myšlení i chování. Bez léčby mohou příznaky deprese trvat měsíce i léta, mohou nemocnému způsobovat velká utrpení, nebo dokonce vést k sebevraždě. Dobrá léčba však může pomoci více než osmdesáti procentům lidí trpících depresí.“ (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 56)

Cantopher (2012, s. 10), ve své knize Depresivní onemocnění, popisuje depresi takto: *„Depresivní onemocnění není duševní nebo emocionální rozpoložení a není to duševní choroba. Není to ani forma šílenství. Je to nemoc těla.“*

Zákeřnost deprese tkví v tom, že může postihnout kteréhokoliv člověka, a přestože se jedná o nemoc, nelze ji jednoduše identifikovat, jako např. angínu nebo chřipku, a to ani ze strany nemocného ani z jeho blízkého okolí. Z velké části je to zapříčiněno vnímáním pojmu „deprese“. Dobrou zprávou však je, že depresivní onemocnění je léčitelné. (Smolík, 2002, s. 35)

Stres

Pojem stres je vymezen pro charakteristickou fyziologickou odpověď organismu na poškození nebo, psychickým nátlakem způsobené, ohrožení organismu. Tento negativní stav může mít dopad na zdravotní stav, nejvíce imunitní systém. Hovorově se pojmu „stres“

začíná říkat choroba století. Projevuje se jako vnitřní konflikt, úzkost, frustrace, zvýšená aktivita organismu, nepříjemně vnímaná (pocení, bušení srdce, třas končetin apod.) Appley (1966) popisují stres jako stav organismu, kdy musí zapojit veškeré obranné mechanismy, protože je jeho integrita ohrožena. Za stres je také považován nadměrný fyzický výkon, ale také změny pozitivního charakteru, v souvislosti s očekáváním. (Hartl, Hartlová, 2009, s. 379)

Antidepressiva

Antidepressiva jsou popisována jako léky, které příznivě ovlivňují emotivitu, působí proti pasivitě, beznaději a depresi. Účinek v nepatrných odchylkách, dle druhu, nastupuje po jednom až třech týdnech. Změnou chemických a biologických vlivů v organismu (zejména v mozku) dochází většinou do 20 dnů k ústupu deprese a podobných nežádoucích pocitů. (Hartl, Hartlová, 2009, s. 47)

Prevence

Je charakterizována jako předcházení nejrůznějším nežádoucím jevům a situacím (z lat. Praevenire, předcházet), které by mělo současně podporovat formu žádoucího výsledku v souladu s konkrétním rizikem pro jedince. Prevence se dále dělí dle typu na:

Primární – zkoumá předpoklady k jevům, jimž má jedinec předcházet, jejich podmínky a příčiny a je zaměřena na celou populaci.

Sekundární – cílí na včasné zachycení a prohlubování nežádoucích jevů. Tento druh prevence je zaměřen na ohrožené skupiny jedinců.

Terciální – prevence je zaměřena na recidivu negativních jevů z minulosti. Je zaměřena na konkrétní skupinu lidí (propuštěné z věznice, vyléčené z užívání návykových látek atd.)

2 DEPRESE A FAKTORY, KTERÉ JI OVLIVŇUJÍ

„Neléčím nemoc, léčím nemocného.“

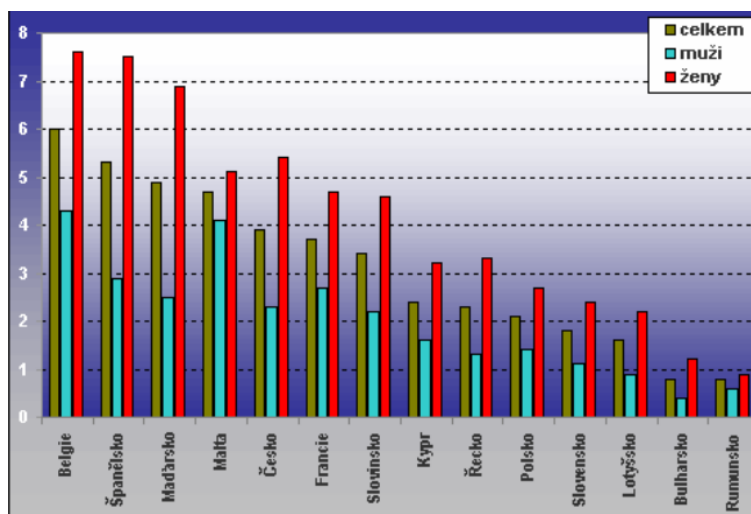
Hippokrates

Dle Češkové je v oblasti poruch nálad nejčastější právě deprese a celoživotně se s touto poruchou potýká asi tak 16 % lidí na světě. U žen se objevuje ve vyšším počtu, a to až o jednu polovinu více, než u mužů.

„Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se od roku 2005 do roku 2017 zvýšil počet osob trpících depresemi o téměř 20 %. V roce 2015 se, dle odhadů, s depresí potýkaly 4 % světové populace (300 mil. lidí). Zkušenost s ní má každý 25. člověk na planetě. Jakkoliv je slovo „deprese“ dobře známé, faktem zůstává, že ani odborníci se nedokážou shodnout na tom, co vlastně deprese je a jak vzniká. WHO odhaduje, že přibližně polovina osob trpících depresí není správně diagnostikována a dokonce ani ti, kteří mají diagnózu určenou dobře, nedostávají adekvátní léčbu.“ (Češková, 2012)

Pro představu je níže uvedena tabulka porovnání výskytu depresí, napříč některými zeměmi EU, v závislosti na pohlaví, ze které je na první pohled zřejmé, že deprese u mužů je o poznání nižší ve srovnání se ženami. V některých zemích se tento podíl objevuje markantněji. Nejvyrovnanější výsledek u obou pohlaví byl zaznamenán na Maltě a v Rumunsku.

Obrázek 2 Podíl osob, které uvedly, že v posledních 12 měsících trpěly depresí, dle pohlaví, vybrané země EU v % Zdroj: šetření EHIS



Zdroj: šetření EHIS

2.1 Pojetí deprese v historii

Dle historických záznamů se depresivní poruchy objevovaly prakticky od historických počátků, dochovaných v popisech léčitelů, filozofů nebo básníků.

Jeden z nejstarších záznamů byl objeven v lékařském dokumentu z doby 1900 před Kristem v egyptském Eberově papyru.

Jako popis deprese se dá chápat trdomyslnost, kterou seslal Zeus na krále Belerofona, za to, že se snažil ve své pýše dostat až mezi bohy na Olymp. Za trest pak musel namísto věčné radosti v sídle bohů, bloudit smutně po světě až do své smrti, jak praví stará řecká pověst.

Hippokrates (400 let před Kristem) zase uvádí, že za smutek a trdomyslnost může tzv. „černá žluč“ (melan cholae), kterou popsal jako tělesnou poruchu a podle tohoto názvu ji pojmenoval melancholií. Z této teorie vycházeli lékaři a léčitelé ještě dalších 1000 let, ale žádné pozdější výzkumy ji nikdy nepotvrdili.

Od této antické koncepce se opět vzdálil středověk, kdy se začaly tyto lidské projevy vysvětlovat nadpřirozenými vlivy. V tomto období, jak popisuje Dahlke (2012, s. 70) se věřilo, pod vlivem církve, že člověk, který trpí depresemi, je zavržen bohem, ostatní se takovým lidem museli vyhýbat a tito jedinci byli často šikanováni a nuceni k fyzicky náročné práci.

V renesanci se pro změnu trdomyslnost a melancholie pojila s genialitou v oblasti umění.

Na přelomu 19. a 20. století provedl psychiatr Emil Kraepelin neurovědecké zkoumání, na základě kterého založil klasifikaci hlavních psychiatrických poruch (mezi nimi i maniodepresivní). K této stupnici se přihlíželo až do 50. let 20. století. Melancholické pacienty léčil pomocí léčebných scének ze života.

Významným přínosem byla v této oblasti Freudova psychoanalytická hypotéza o „naučené bezmoci“. První moderní farmaka byla objevena až ve 20. století, které představuje zásadní zlom v léčbě tohoto onemocnění. (Hynčík, 2007)

2.2 Příčiny deprese

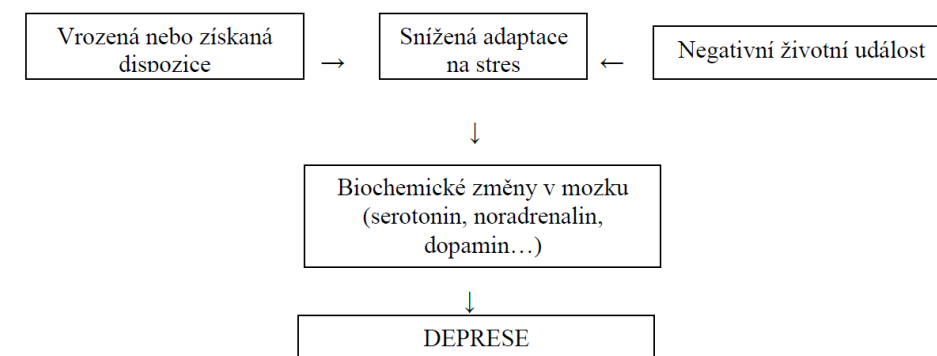
Na depresivní stavy existují mezi odborníky odlišné názory a každý, vznik tohoto onemocnění, přisuzuje jiným faktorům. Broganová (2018, s. 93) přisuzuje, ve své knize, depresivní stavy spíše následkům skrytých zánětlivých procesů v našich střevech, než psychice a dále

popisuje propojenost jednotlivých orgánů v těle, a také škodlivost některých léků na deprese, které z počátku působí spíše jako placebo a v dlouhodobém horizontu pacientům, s těmito obtížemi, dokonce nemoc zhoršují, což dokazuje nezávislémi výzkumy. Depresivní onemocnění považuje spíše jako tělesnou nerovnováhu některých orgánů v těle a jako cestu k úspěšné léčbě uvádí změnu každodenních návyků a životního stylu.

Křivohlavý (2013, s. 31- 43) zase uvádí, jako možnou podstatu vzniku deprese, narušení zaběhnutého životního stylu člověka, pocity selhání v životě nebo v některých podstatných věcech či životních zkouškách, dále také vysokou citlivostí na některé podněty, pocity osamění a zbytečnosti, existenční prázdnotu a roli mohou hrát i tělesné příčiny, biologické faktory, narušené mezilidské vztahy nebo nereálné očekávání ostatních. Jak dále upřesňuje, příčin depresivního syndromu může být celá řada a mohou mít nejrůznější podoby. Od závažných zásahů ve vývoji (např. dítě vyrůstající bez matky), genetických dispozic, působení omamných látek, až po nezvládání některých vypjatých životních situací a mnohých dalších. U někoho je psychický stav ovlivněn genetickou výbavou, u někoho je to nezvládnutá tíživá životní situace, kdy některým stačí už jen nepříznivá okolnost v rodině nebo vypjaté vztahy a spouštěč je na světě. Rozpoznat spouštěč těchto obtíží je velmi těžké i pro odborníky a stejně tak je obtížné nastavit správnou léčbu, protože každý konkrétní jedinec reaguje na odlišné podněty jinak. Depresi tak můžeme označit jako jakousi reakci mozku na nepříznivé vlivy či nějaký dlouhodobý nedostatek. Tento nedostatek se nemusí týkat pouze vnějšího prostředí, ale také vnitřního, kdy se nám nedostává některých látek v mozku, které přímo chemicky působí na naši psychickou vyrovnanost – dopaminu, serotoninu nebo noradrenalinu.

Depresivní onemocnění jako takové má jisté základní specifické příznaky, na základě kterých lze vznést podezření na tuto diagnózu nebo ji přímo diagnostikovat. Co je ale velmi nesnadné, a také to dost komplikuje léčbu, je dle Malé (2008, s. 203-205), určit právě příčinu tohoto onemocnění. Jednak si to někdy nemusí ani uvědomovat postižený sám, ale také tato příčina nemusí být pouze jedna, ale souběh hned několika, vlivem negativních vlivů a událostí, což bývá mnohem častější jev. V tabulce níže je znázorněn zjednodušeně průběh vzniku.

Obrázek 3 Vznik depresivní poruchy



Zdroj: Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 59

Praško a kol. (2015, s. 48-54) za možné příčiny vzniku deprese považuje především dědičnost, vliv životních událostí a výchovy, biologické změny v mozku, psychologické vlivy, návykové látky a neutěšené mezilidské vztahy.

Podle Vágnerové (2005, s. 373) se příčiny vzniku deprese dělí na vliv dědičnosti, změny ve fungování mozku a další vnější vlivy.

2.2.1 Vrozené dispozice

„Vypočítal jsem, že pokud se vydáme dostatečně daleko zpátky v čase a sestoupíme všichni k tisícům předků, zjistíme, že od každého z nich jsme něco zdědili.“

Isaac Bashevic Singer

Jeden z důvodů vzniku deprese je beze sporu dědičnost, dosud však není zcela prokázáno, jakým způsobem se, z medicinského pohledu, dispozice pro toto onemocnění předávají. Jako nejpravděpodobnější byl zatím stanoven polygenní přenos, který je vázán větším počtem zatím blíže neurčených genů. Těchto genů byla odhalena pouze část, a to na chromozomech, díky nimž vzniká teorie, že se zřejmě může jednat o dědičnost pohlavně vázanou. Vliv dědičnosti může být významným faktorem, ale určitě ne tím rozhodujícím. Dle odhadu se genetické faktory na depresi podílejí přibližně 40 %. Dědičné dispozice zvyšují riziko vzniku až 3x, oproti lidem, kteří tuto nemoc rodově nemají. Nicméně studie dokazují, že genetika o výskytu deprese u konkrétních lidí není rozhodující, spíše poukazuje na odolnost čelit nejrůznějším životním nástrahám, které teprve v souvislosti s touto rodinnou anamnézou mohou depresivní stavy rozjet. Tzn., že to, co se dědí, jsou vlohky k tomuto onemocnění a ne nemoc samotná. Často se stává, že výskyt deprese se v rodině objevuje

napříč generacemi. Dalo by se mluvit spíše o vrozené biologické zranitelnosti. To ovšem ještě neznamená, že každý jedinec, narozený v rodině s těmito dispozicemi, musí nutně onemocnět. Velkou roli hrají životní situace a okolnosti, jako např. stres, zátěžové situace, alkohol, návykové látky a další životní situace, které jednatel špatně psychicky zvládá, ale které nikdy nemusí nastat. (Vágnerová, 2002, s. 371)

2.2.2 Návykové látky

Je všeobecně známo, že spousta lidí, těžký den a další stresové nebo jinak zátěžové situace, řeší pomocí menšího množství alkoholu a považují to za naprosto přirozenou věc. To asi není v souvislosti se závislostí, zas až tak závažný prohřešek. Problém nastává, když je takových stresových situací více a člověk musí sahat po alkoholu častěji. Dle Nešpora (2018, s. 173) je těžké posoudit, zda návykové látky mohou prvotně za deprese nebo je tomu naopak. Jisté je ale to, že všechny návykové látky deprese prohlubují a deprese jsou také přítomny u všech lidí, na návykových látkách, závislých. Možné jsou každopádně obě varianty. Mnohdy se u závislých jedinců stává, že depresivní stav je pro ně natolik nesnesitelný, že alkohol nebo droga mu dodá výraznou úlevu v jeho utrpení. Dobrou zprávou je, že jak deprese, tak závislost na návykových látkách je léčitelná a ve většině případů se dá vyléčit trvale.

2.2.3 Rodina nebo prostředí výchovy jedince a možný dopad na něj

Nadpoloviční většina lidí s depresivními příznaky uvádí, že jsou u nich v rodině špatné nebo chladné vztahy a často nemají ani nikoho blízkého, komu by se mohli se svými problémy svěřit. (Křivohlavý, 2013, s. 31)

Je všeobecně známo, že jednotlivé vztahy mezi všemi členy rodiny velmi významně působí na vývoj osobnosti vychovávaného. Kladné a zdravé vztahy v rodinném prostředí jsou také velkým pomocníkem při dotváření vlastní osobnosti a zejména hrají významnou roli v utváření vztahů ve společnosti. (Kraus, 2014, s. 79)

Celá třetina lidí s neurózami je důsledkem nevhodné výchovy v rodině. Když se provede porovnání s ústavní péčí, tam jde pouze o 3%. Pokud jsou v rodině špatné vztahy, mají také negativní vliv na výchovné působení na děti, ze strany rodičů. (Novák, 2012, s. 39)

Dobré vztahy v rodině vykazují určité znaky, jako prvek věrnosti, z důvodu dobrovolné volby nikoliv pouze morálky, jednoznačná komunikace, vstřícný postoj ke všem v okolí, vzájemná spolupráce, umět být spolu, ale také si umět dát prostor, humor a příjemná atmo-

sféra a umět se bez větších problémů přizpůsobovat životním změnám. Takové rodinné vztahy jsou pro dítě velmi prospěšné, protože podporují jeho zdravý vývoj a dávají mu pocit jistoty a bezpečí. Za rizikovou je považována příliš tvrdá nebo kritická výchova, psychické či fyzické týrání, nedostatečná péče nebo naopak nadměrná starostlivost a rozmazlování. (Praško a kol., 2001, s. 48)

Z hlediska vzniku psychických problémů či depresí je příčinou také ztráta rodiče nebo vychovatele nebo jiné blízké osoby (rozvod, úmrtí apod.). Toto je považováno za jeden z nejrizikovějších faktorů, přičemž nejhůře je klasifikováno brzké oddělení dítěte od matky. (Vágnerová, 2003, s. 592) Praško a kol. (2015, s. 59) zdůrazňuje, že pro dobré psychické rozpoložení každého člověka jsou klíčové dobré rodinné vztahy.

2.2.4 Sebepojetí

Podle Praška (2015, s. 59) jsou deprese nezdědka diagnostikovány u jedinců bez schopnosti asertivního chování vůči druhým. Takoví lidé nedokáží říci ne, ačkoliv v mnoha směrech jednají proti sobě. Toto jednání v nich ale vyvolává tlak, který nedokáží ventilovat jinak, než určitým druhem agrese, zaměřenou na sebe, místo situace nebo člověka, který mu tento pocit vyvolal. Zpravidla jsou to lidé s velmi nízkým sebevědomím, kteří od druhých k životu potřebují pochvalu a ocenění, protože se cítí být neustále nedoceny. Často mívají pesimistické představy o svém životě, což jim vyvolává silné obavy z budoucnosti, stres a následně deprese.

Další rizikovou skupinou jsou lidé s vysokou citovou zranitelností. Jsou rozpoznatelní jistými společnými znaky v jednání, a to především soutěživostí a vysokými ambicemi a vyznačují se velmi vysoce postavenou morálkou a zodpovědností za své nejbližší, na kterých jsou přímo závislí. Nedokáží reagovat na netaktní jednání a negativní postoje či útoky druhých lidí. (Křivohlavý, 2013, s. 33)

2.2.5 Životní události, stres

Ve svém životě se setkáváme se spoustou náročných situací, které je potřeba nějakým způsobem zvládnout. Pro každého z nás je ale tento úkol, s ohledem na genetickou výbavu a prostředí, ze kterého pocházíme, a které nás v současné době obklopuje a ovlivňuje, jinak náročný, a souvisí to právě s rozdílnou mírou odolnosti vůči stresu. V souvislosti s těmito faktory se každý z nás se situacemi, které život přináší, vypořádává jinak. Jak se někdy s nadsázkou říká – život je změna. Každá změna, která nás potká je nedílnou součástí kaž-

dodenního fungování člověka. Změny ale mohou být pozitivní i negativní a mohou mít pokaždé jinou intenzitu. Jakákoliv změna v životě si s sebou nese určitou dávku stresu, a to i v případě změn pozitivních. U negativních je také podstatné, jak moc osobně se dotčeného týkají, jak bolestné pro něj jsou, a také kolik jich je najednou. Tyto obtížné životní události mohou mít za příčinu vážnou ztrátu (úmrť v rodině nebo někoho z blízkých, rozchod nebo rozvod, ztráta zaměstnání) nebo změnu v zaběhnutém životě (změna školy, ukončení školy, stěhování, odchod dětí z domova, odchod do důchodu, atp.). Pro drtivou většinu populace je stresovým faktorem už jen neurčité očekávání, některých, pro ně zátěžových, situací, aniž by bylo jasné, zda opravdu nastanou. Dle zkoumaných lidí, potýkajících se s psychickými potížemi byla na základě jejich výpovědí sestavena jakási stupnice nejčastějších životních událostí, v souvislosti s mírou stresu, která působí, dle závažnosti a síly, na lidskou psychiku. Pro účely psychologického posouzení odborníkem se pak používá bodové hodnocení. (Praško a kol., 2015, s. 57-62)

Tabulka 1 Nejvíce stresové životní události

Událost	Body
Úmrtí partnera/partnerky	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 neshody s partnerem	35
Konflikty se zetěm/snachou	29
Manžel/manželka končí se zaměstnáním	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Změna bydliště	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna sociálních aktivit	18
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině (úmrť, sňatky)	15
Vánoce	12

Zdroj: Praško a kol., 2015, s. 57-62.

2.2.6 Další možné vlivy

Chronická bolest

Dalším rizikovým faktorem pro vznik deprese je také chronická bolest. U lidí trpících chronickou bolestí se deprese objevuje v 19-54% případů, de intenzity. (Raudenská a Javůrková, 2011, s. 171). Lidé s chronickými obtížemi mívají v převážné většině změněné ladění emocí. V případě, že jde o nenapravitelnou ztrátu zdraví, pojí se tento fakt samozřejmě s velkou psychickou zátěží, která může přejít až v depresi. (Vágnerová, 2008, s. 77-83)

Změna počasí

V souvislosti s depresivními poruchami také existuje část obyvatel (cca 5%), kteří jsou velmi citliví na změnu počasí (tlak, roční období, déšť apod.). (Křivohlavý, 2013, s. 30) Deprese v souvislosti s počasím se nejčastěji vyskytují na podzim anebo v zimě a projevují se únavou nebo přejídáním. Tyto obtíže obvykle souvisí s chemickými prvky v lidském mozku. Při pravidelných proměnách ročního období totiž světlo tlumí přeměnu serotoninu na melatonin, a tak když je světla nedostatek, v těle dochází ke snížení hladiny serotoninu a deprese se objevují ve větší míře. (Mckenzie, 2001, s. 137)

Den a noc

Další vliv na náladu má i střídání dne a noci. Tady bývají změny nálady spojené s funkcí neurotransmiterů, biologických prvků, které reagují na světlo. (Vágnerová, 2008, s. 373-377)

Morální, náboženský a etický podtext

K depresím mohou výrazně přispět také situace s morálním, náboženským nebo etickým podtextem, kdy má člověk pocit, že udělal něco, co neměl nebo se naopak nezachoval tak, jak se od něj očekávalo. Mezi takové případy řadíme např. lhaní, krádež, nevěru nebo zradu. V těchto případech se nezřídka stává, že začne pozvolna přicházet pocit zmaru a prázdnoty, kdy nastupuje dojem, že nic už nemá smysl, situace je beznadějná a pozvolna se začíná vkrádat vnitřní prázdnota a pocit, že život je špatný a zbytečný. (Křivohlavý, 2013, s. 31)

Nenávist

Depresi může způsobit i opačný problém, kdy cítíme velkou nenávist vůči někomu, kdo ublížil nám nebo našim blízkým. (Křivohlavý, 2013, s. 30-31)

2.3 Projevy deprese

Příchod deprese se projevuje téměř vždy poklesem nálady a energie. Nastává období hlubokého, tíživého a dlouhotrvajícího smutku, který je obvykle bez větší příčiny. Provází jej také pocity bezmoci a beznaděje spolu s výrazným poklesem výkonu. Běžné jsou i poruchy spánku, paměti a nízké sebevědomí. (Praško a kol., 2015, s. 33-35)

Jedním z nejtypičtějších průvodních znaků provázejících depresi je dle Prašky, Praškové a Praškové (2001, s. 13) častá a výrazná změna nálad. Další projevy, které se často opakují, prakticky u každého nemocného, jsou spojeny s únavou a vyčerpáním bez příčiny, malátností a ztrátou energie, izolací od lidí a obvyklá je i ztráta sebedůvěry. Podle Rabocha, Pavlovské a Janotové (2012, s. 93) se vyskytují i další fyzické projevy jako dušnost, kardiiovaskulární potíže (svírání v oblasti hrudi a bušení srdce), nechutenství, ale také bolesti břicha a střevní potíže spojené s hubnutím anebo naopak zvýšenou tělesnou hmotností v důsledku přejídání se. Neobvyklé nejsou ani pocity spojené se střídáním tepla a zimy a další. (Vágnerová, 2008, s. 382)

Lidé trpící depresemi si stěžují na různorodé tělesné problémy. Dochází i na nepříjemný tlak v nejrůznějších částech těla, často se objevují bolesti hlavy, zad, kloubů a svalů. Častým jevem je i třes končetin a nadměrné pocení. (Praško a kol., 2015, s. 55-56)

Dle Hosáka a kol. (2015, s. 227) bývá celkem běžný stav celkové apatie a ztráty zájmu o sexuální život.

Všechny tyto projevy a nemoc samotná se může u každého z nás objevit zcela nečekaně nebo ze zjevných příčin, může to být jednou za život anebo také opakovaně. Výše uvedené projevy jsou spíše u depresí lehčí nebo středně těžké formy. Dle depresivních příznaků ale dělíme syndrom depresivního onemocnění na tři základní stupně: **mírná deprese, středně těžká deprese a těžká deprese.**

Symptomy mírné a středně těžké formy byly již zmíněny výše, s tím že k **mírné depresi** patří spíše špatné soustředění se, smutná nálada, změna chuti k jídlu a ztráta zájmu o běžné životní volnočasové aktivity (přátelé, koníčky atp.). V praxi to znamená, že člověk s mírně depresivní zátěží je běžných životních činností schopen, ale pocítuje ztrátu energie, nesoustředěnost, všechno mu trvá mnohem pomaleji a s velkými obtížemi. V případě léčby je

zvolena ambulantní forma.

Základní projevy jako ztráta energie, neschopnost soustředit se, nechutenství a špatná nálada provázejí i **středně těžkou depresivní poruchu**. Tady se k těmto znakům ale už přidávají i další, kdy nemocný již nedokáže zvládat pracovní povinnosti v zaměstnání, zcela se izoluje od svých nejbližších i přátel a nemá zájem ani o sexuální aktivity. Tento stav se léčí ještě tak, jako mírná deprese ambulantně, avšak v případě, že se dostaví myšlenky na sebevraždu, je nezbytná okamžitá hospitalizace. (Skačáni, 2015, s. 49)

U pacientů s těžkou formou deprese se mohou objevit, mimo již zmíněné průvodní známky, i mnohem závažnější projevy tohoto onemocnění. Těžkou formu depresí bychom ale mohli rozdělit na další dvě podskupiny, a to v souvislosti s projevy tohoto onemocnění, kdy jedna podskupina je bez zjevných psychotických příznaků, zatímco ta druhá, což se dá označit za horší formu těžké deprese, psychotické příznaky vykazuje.

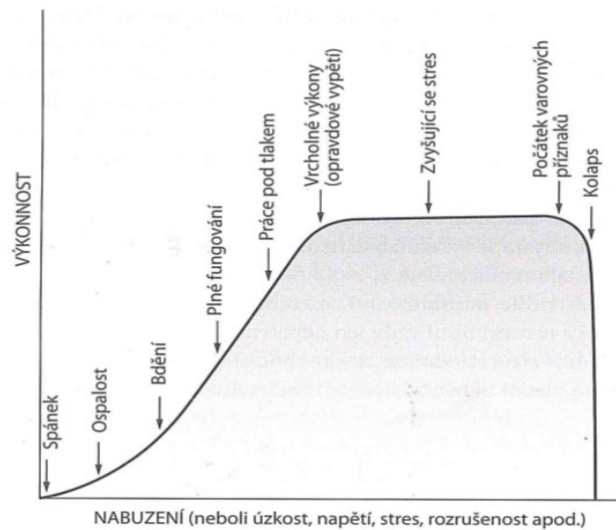
Těžká forma deprese bez psychotických příznaků se nad rámec projevů, již zmíněných u lehčích forem depresí, projevuje častými nebo neustálými sebevýtckami a sebeobviňováním, pomalým mluvením i myšlením a častým myšlením na ukončení života. Postižený je velmi neklidný a nervózní, není již schopen vykonávat žádnou aktivitu, nedodrží základní pravidla hygieny a nepřekonatelným problémem se pro něj stává i vstát ráno z postele. V tomto případě je již nezbytná léčba formou hospitalizace.

Těžká forma deprese s psychotickými příznaky se projevuje stejně jako ta bez psychotických příznaků, ale přidávají se k nim ještě navíc halucinace a nejrůznější formy bludů. Léčba formou hospitalizace je naprosto nezbytná. (Praško, Prašková, 2003, s. 30 - 34)

Yerke-Dodsonova křivka

Jednou ze zásad pro to, aby člověk dobře a stabilně fungoval je držet si výkon ve všech směrech pod hranici svých možností a nesnažit se je přesahovat. Stav, kdy pokoušíme své možnosti se nazývá „nabuzení“. Může jít o nulovou hodnotu, kdy je člověk bez jakékoliv aktivity (většinou spí), až po tu nejvyšší možnou pro daného jedince. Znárodnění v grafu níže:

Obrázek 4 Yerke-Dodsonova křivka



Zdroj: Cantopher, 2012, s. 79

2.4 Diagnostika

Nejdůležitější je rozpoznání tohoto onemocnění v raném stadiu, protože pokud se nestanoví problém a jasná diagnóza, nemůže ani začít úspěšná léčba. Deprese je v současné době velmi rozšířené onemocnění a v případě podezření je potřeba obrátit se na příslušného odborníka, neboť praktický lékař toto onemocnění rozpoznat nemusí. Dle statistických průzkumů se deprese vyskytuje nejčastěji kolem 27. roku života jedince, ovšem s tím, že jde často o dlouhodoběji se vlekoucí potíže a první známky těchto případů by měly být rozpoznatelné již v období adolescence. Vždy je nutné vyšetření odborníkem a stanovení léčby dle příznaků (Anders, Skopová, 2006, s. 28-31). Protože sám nemocný ani jeho okolí nejsou schopni identifikovat tyto symptomy, a tím pádem je uvést všechny a podrobně, je velmi obtížné stanovit diagnózu někdy i ze strany odborníka, pokud se k němu takto postížený, v lepším případě, vůbec dostaví. Vysoké procento lidí si tyto potíže totiž plete s obyčejnou špatnou náladou. V odborné literatuře se uvádí, že stav takové „špatné nálady“, bez opodstatněné příčiny, by neměl trvat déle než dva týdny. Pokud i nadále přetrvává, opět určitě bez odkladu vyhledat odborníka. (Malá, 2008, s. 44)

Povědomí o tom co je deprese má asi každý člověk nebo alespoň ví, kam si tento pojem zařadit. Ovšem co se týká podrobnějších informací, je již situace horší. To může být také jeden z důvodů proč je deprese, ačkoliv je odborníky prezentována jako velmi závažné onemocnění, které může skončit i smrtí a jehož průvodní symptomy minimálně velmi zna-

telně narušují kvalitu života ve všech směrech, ještě pořád tolik podceňována. Zákeřnost tohoto psychického stavu spočívá v tom, že si její většina lidí vysvětluje pouze jako špatnou náladu, která má zpočátku podobné rysy, avšak v pokročilejším stadiu má natolik závažný průběh, že pokud nedojde k návštěvě odborníka a následné léčbě, může mít fatální následky. A čísla avizovaná ze stran odborníků jsou skutečně alarmující. V případě, že se takto postižený neléčí, depresivní stavy se stále opakují nebo dlouhodobě přetrvávají a až polovina lidí, trpících těžší formou deprese, má sebevražedné myšlenky a další polovina z těchto lidí tuto myšlenku uskuteční i reálně. Proto se doporučuje v případě, že melancholická nálada trvá, po dobu delší nežli dva týdny, vyhledat odborníka z oblasti psychologie nebo psychiatrie. (Cantopher, 2012, s. 117)

2.5 Možnosti léčby

Samotná léčba pak probíhá mnoha způsoby a její průběh se odvíjí zejména podle stupně postižení člověka. Období léčení by mělo trvat určitě delší dobu, a to i po ustoupení prvotních potíží, protože toto onemocnění se může vracet opakovaně. Stává se to hlavně u pacientů, kteří ukončí léčbu hned po tom, co se začnou cítit lépe. Pokud má onemocnění těžší průběh, je někdy nezbytné léčit se celoživotně. Nejčastěji využívanou formou léčby je psychoterapie a farmakoterapie nebo případně jejich kombinace. Využívají se ale také různé formy socioterapie, fototerapie nebo elektrokonvulzivní léčba, přičemž cílem je zmírnění nebo odstranění příznaků provázejících toto onemocnění, navrácení kvality života do původního stavu a pokud možno zabránění recidivy. (Praška a kol., 2015, s. 79 - 83)

Hosák a kol. (2015, s. 230) rozlišují celkem tři fáze léčby deprese:

Akutní - odstranit příznaky depresivního onemocnění,

Pokračovací – pracovat na zlepšení stavu nemocného, postupné navrácení jeho života do normálu a zafixovat jej v této podobě,

Udržovací - zabránit návratu nemoci.

2.5.1 Psychoterapie

Psychoterapie by se dala označit jako základ individuální terapie. Jedná se o individuální spolupráci s psychoterapeutem, který si podle osobnosti léčeného a průběhu léčby dále může volit různé další metody terapie. Psychoterapeut je specialista pro oblast léčby psychických potíží a je stěžejním článkem při pomoci v boji s mírnější formou deprese. Terapie probíhají prvotně tak, že si nemocného nejprve vyslechne a pak volí následné kroky,

kteřé by měly směřovat k úspěšné léčbě, při které by současně mělo dojít k uvědomění si sebe sama, ze strany pacienta, porozumění celé situaci a současného zdravotního stavu a vytvoření lepšího vztahu k sobě i ke svému okolí. (Vágnerová, 2008, s. 397-399)

Praško, Prašková a Prašková (2003, s. 86) popisují psychoterapii jako metodu, která využívá psychologických poznatků. Záměrem je nasměřovat pacienta tak, aby byl schopen změnit své myšlení, chování a emoce a ovlivnit příčiny, které deprese způsobily. Psychoterapeut na pacienta působí svým jednáním v jakékoliv podobě, a proto je nezbytné, aby si s pacientem vytvořil pozitivní vztah. V případě, že je pro pacienta lepší zvolit jinou metodu psychoterapie, což vždy rozhodne psychoterapeut, dle možností a stavu pacienta, existují i jiné typy, jako např. skupinová terapie, která se doporučuje v případě vzájemné podpory a motivace, pod heslem „příklady táhnou“ a navíc pomáhá při zlepšení komunikace s okolím a pomoci s navazováním důvěrnějších vztahů. Další možností léčby v oblasti psychoterapií je partnerská, manželská, nebo rodinná. V tomto případě je velmi důležité vedení psychoterapeuta, aby byla terapie vedena konstruktivně a účelově, a aby se zúčastnění vyhnuli vzájemnému obviňování nebo výčitkám a následným hádkám. Tato terapie je důležitá pro urovnání narušených vztahů v rodině, lepší komunikaci a hlavně porozumění pacientova stavu, ze strany těch, od kterých je, v době jeho nemoci, více než žádoucí podpora nejbližších. (Praško a kol., 2015, s. 87-89)

Zatímco individuální psychoterapie je zaměřena výhradně na pacienta a pomáhá mu individuálně s jeho problémy, způsoby zvládání změn a překážek v životě, kdy se pracuje pouze s jeho emocemi a pocity, s cílem podpory a zvednutí sebevědomí, psychoterapie skupinová probíhá ve skupině více lidí s podobnými obtížemi. Jedná se zpravidla o 8-12 pacientů rozdílného věku a délka sezení obvykle nepřesahuje 1,5 hodiny. Do skupiny může být zařazen pacient, který již alespoň trochu zvládá sociální kontakt s ostatními, což pro něho může být zároveň přínosem v oblasti prohlubování sociálních vztahů, protože ve skupině postupem času vzniká důvěrná atmosféra. Po dobu trvání skupinových terapií se jedinec učí otevřeně mluvit s ostatními o svých problémech, zvládat svoji trému a nastavit si správné postoje vůči jiným lidem, případně změnit negativní vzorce svého chování, zafixovaného špatnými zkušenostmi nebo špatnou výchovou. (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 79)

2.5.2 Farmakoterapie

Léky, které se využívají k léčbě úzkostných poruch a depresivních stavů se nazývají antidepresiva. Na trhu je v dnešní době velké množství antidepresiv s nejrůznějšími typy účin-

ku v souvislosti s chemickým složením a způsobem působení na lidský organismus, tedy především mozek. Lidský mozek má tzv. neuronové přenašeče (serotonin, dopamin a noradrenalin), u kterých když dojde k poruše rovnováhy, nastávají biochemické změnové procesy v mozku, což má dopad právě na lidskou psychiku a případný vznik deprese. Antidepresiva sice nedokáží tyto prvky doplnit, ale můžou regulovat jejich porušenou rovnováhu. Účinky antidepresiv se projevují po dvou až pěti týdnech. Lékař většinou uvádí tři týdny při pravidelném podávání a on také určuje, který druh léků bude pacient užívat. Jeho rozhodnutí je ovlivněno počátečním rozhovorem s pacientem, jeho zdravotním stavem, věkem, rodinnou anamnézou a dalšími skutečnostmi, dle individuálního přístupu.

U pacienta, u kterého jsou deprese diagnostikovány, se začíná s léčbou ihned. Ze strany pacienta je nezbytné, dodržovat léčbu tak, jak ji předepsal lékař a nevysazovat léky ihned po vymizení příznaků. Toto se stává ze dvou příčin:

pacient má pocit, že léčba nezabírá - v tomto případě je potřeba být trpělivý a vyčkat, protože nějakou dobu trvá, než se organismus adaptuje a novou látku přijme, dále než ustoupí příznaky, trvá i několik týdnů a v neposlední řadě se také může stát, že hned první léky pacientovi, např. z důvodu výskytu nežádoucích účinků, nesednou a je potřeba aplikovat jiné,

léčba již zabrala a příznaky potíží vymizely - v této fázi pacienti často nabývají dojmu, že jsou již vyléčeni, ovšem opak bývá pravdou. Léčba má obvykle mnohem delší dobu trvání a v případě předčasného ukončení se nemoc, nezřídka, vrací. Proto po ústupu prvotních potíží následuje udržovací fáze.

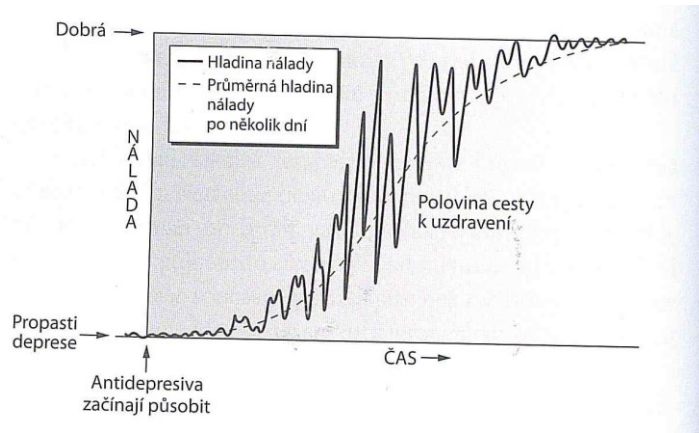
Některé typy antidepresiv si nesou jisté nevýhody a těmi mohou být vedlejší účinky, objevující se podle druhu léčiva ve větší či menší míře. Nejčastěji vyzorované jsou únava, sucho v ústech, snížení sexuálního libida, průjemy a žaludeční nevolnost. (Hosák a kol., 2015, s. 230-234).

V případě, že je nutné nasadit antidepresiva, bývá pravidlem zkombinovat je ještě s jinou metodou léčby, většinou některým druhem psychoterapie.

Antidepresiva zaznamenávají v léčbě depresí velmi dobré výsledky a většinou jsou účinná. Pokud ale nezabírají a nepomáhá ani metoda kombinované léčby, obvykle volí lékař hospitalizaci a ústavní léčbu. (Hosák, 2015, s. 237)

Níže je znázorněno schéma působení antidepresiv:

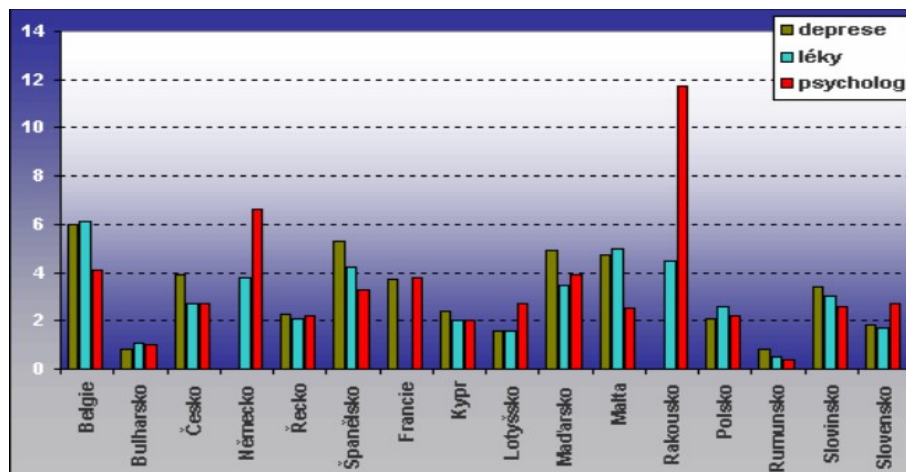
Obrázek 5 Graf uzdravení v závislosti na čase



Zdroj: Cantopher, 2012, s. 66.

Pouze pro zajímavost nahlédneme, kterou formu léčby preferují v některých státech napříč EU, bez ohledu na pohlaví. Z níže uvedeného grafu je patrné, že vyšší výskyt depresí se objevuje v Belgii, Španělsku, Rakousku, Německu a na Maltě. Zatímco v Belgii, Španělsku, ale také v Česku a na Maltě zaznamenáváme vyšší počet osob s depresí a s léky na depresi ve srovnání s podílem osob, které navštívily psychologa, v Rakousku a Německu je poměr opačný a osoby s návštěvou psychologa výrazně převyšují počet osob s léky na depresi. Malé procento výskytu deprese je patrné u Bulharska a Rumunska.

Obrázek 6 Podíl osob, bez ohledu na pohlaví, s depresí v posledních 12 měsících, s léky na depresi (2 týdny a více) a s návštěvou psychologa (min.12 měsíců), vybrané země EU v %



Zdroj: šetření EHIS

2.5.3 Jiné druhy léčby

Podle Hosáka a kol. (2015, s. 234-235) jsou ještě další možnosti léčby depresí, v případě, že medikamenty a psychoterapie nezaznamenaly úspěch:

Elektrokonvulzivní terapie (EKT)

Tato metoda má vysokou úspěšnost a využívá se především při léčbě těžké formy deprese s psychotickými příznaky, u pacientů s mániemi nebo v případě, že u nemocného hrozí metabolický rozvrat z důvodu odmítání stravy. Tato metoda zjednodušeně řečeno, uměle vyvolává křeče v celém těle, připomínající epileptický záchvat. Většinou jde o 8-12 elektrokonvulzí aplikovaných 2x - 3x týdně. Zlepšení nastává většinou již po třetí elektrokonvulzi. Jedná se o bezpečnou metodu, samozřejmě s ohledem na zdravotní anamnézu pacienta. Tato metoda nesmí být aplikována na osoby se zvýšeným nitrolebečním tlakem, po infarktu myokardu, s kardiostimulátorem, se srdečním a plicním onemocněním, po akutní cévní mozkové příhodě a u pacientů, s pokročilou osteoporózou. Provádí se v celkové anestezii. Nevýhodou jsou nežádoucí účinky, ztráta paměti, která může přetrvávat až několik týdnů.

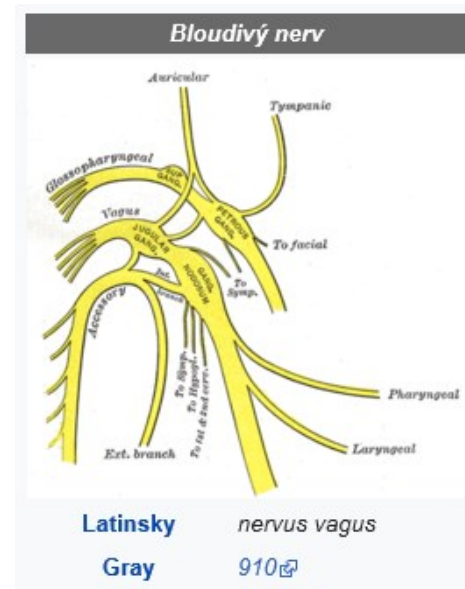
Repetitivní transkraniální magnetická stimulace

Tato metoda je využívána u pacientů s depresemi bez psychotických příznaků, kde nezabírá efektivně léčba antidepresivy. Spočívá v aplikaci pulzního magnetického pole generovaného cívkou, která je přiložena na povrch hlavy, nad pravý spánek. Není bolestivá a provádí se za plného vědomí pacienta. Aplikace probíhá denně po dobu cca dvou týdnů a trvá asi 20 minut. Nedoporučuje se pacientům s epileptickými záchvaty, protože je může spustit.

Vagová nervová stimulace

Metoda slouží k léčbě epilepsie, jejíž účinky byly prokázány i u léčby rezistentní deprese nebo sebevražedného chování. Spočívá v aplikaci implantátu v podobě elektrody na levou větev bloudivého nervu (párový hlavový nerv - souvisí s krční, břišní a hrudní dutinou a obsahuje vlákna spojená s motorikou, náladou a chuťová vlákna), který vydává impulzy v předem stanovených intervalech. Tato stimulace má pozitivní vliv na spánek

Obrázek 7 schéma párového nervu



a dobrou náladu a vykazuje úspěšnost téměř u poloviny pacientů.

Hluboká mozková stimulace

Jedná se o postup léčby metodou zavádění sondy, která vysílá elektrické impulsy působící na neurony. Jde o chirurgický zákrok v místní anestezii.

Spánková deprivace

Metoda je založena na absenci spánku a její efekt je pouze dočasný, trvá jen několik málo dní.

U této terapie rozlišujeme tři typy:

- totální spánková deprivace (pacient nespí celou noc)
- parciální spánková deprivace (pacient je vzbuzen brzy v časných ranních hodinách)
- selektivní spánková deprivace (pouze ve fázi REM spánku)

2.6 Prevence

Prevence je způsob jak předcházet depresím a stavům úzkostí, rozhodně to ale není spolehlivá ochrana. Spíše jde o techniky, v nejrůznější podobě, které mohou zcela individuálně ke každému člověku, působit pozitivně v boji proti vzniku nebo rozvoji deprese. Mezi nejčastěji doporučované patří:

Relaxace

Pod tímto pojmem si každý představí něco zcela jiného. Někdo za relax považuje masáž, wellness, klidový režim, jiný sport, práci na zahradě nebo procházku v přírodě a další třeba tanec nebo četbu knihy. Jedná se o činnost, která nás uvolňuje a blahodárně působí na naši psychiku. Po takové činnosti by měl každý cítit psychické i fyzické uvolnění těla a následně pak lépe zvládat stres, každodenního života. O jakou činnost konkrétně by se mělo jednat, intuitivně ví každý člověk sám, ale i taková správná relaxace, aby byla skutečně účinná, má jisté zásady:

- měla by trvat denně asi 15 minut
- musí pro to být vhodné podmínky, atmosféra a prostředí
- pohodlný oděv a poloha
- vymezit si čas, kdy nebudu nikým a ničím rušen

Aktivita

Každý člověk se věnuje takovému druhu aktivity, která ho baví a ze které se raduje. Měla by mu působit potěšení a zároveň by měl být schopen se plně koncentrovat pouze na vý-

kon. Při takové tělesné námaze se totiž v organismu vyplavuje serotonin a endorfiny, které jsou označovány za hormony štěstí. Ty depresivním stavům předcházejí. Některé aktivity, jako cvičení, jízda na kole, běh, navíc formují postavu a zvyšují tím sebevědomí jedince.

Zdravá životospráva

Jeden z názorů na vznik deprese je, že zdravá životospráva tomuto onemocnění významným způsobem předchází. Nejenže ovlivňuje složení mikroklimatu našeho organismu, který pak lépe funguje, ale existuje řada průzkumů, které mohou potvrdit, že nadváha, což je jeden z vedlejších produktů špatné životosprávy, přímo souvisí s depresemi, kvůli nízkému sebevědomí většiny obézní populace. Při dodržování zdravého stravování se, je pozitivním efektem také pěkná pokožka, vlasy, nehty apod., a to sebevědomí naopak velmi prospívá.

Optimistické myšlení

Optimistický pohled na svět má velmi pozitivní dopad na lidské zdraví i psychiku, což koneckonců dokazuje také celá řada psychologických studií. Jsou to lidé, kteří mají sklony vidět věci s lepší stránky. Typickým výrokiem pro optimisty je, „nevidím poloprázdnou sklenici, ale poloplnou“. Tito lidé se vyznačují veselou a pohodovou náladou. Problémy řeší mnohem snadněji, protože se lépe orientují na vytyčený cíl. Svoji budoucnost obvykle vidí v „růžových barvách“ a všem životním změnám se mnohem lépe přizpůsobují. Tito lidé také žijí mnohem zdravěji a celková pohoda má dobrý vliv na jejich imunitní systém, takže je dokázáno, že jsou mnohem méně často nemocní. Ke svým cílům mnohdy využívají pozitivní vizualizaci a často relaxují. Život si užívají naplno. Opakem optimistů jsou pesimisté. (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 157)

Blízká osoba

Mít vedle sebe blízkou osobu, která nás bere takové, jakými ve skutečnosti jsme, je bráno za něco jako výhru v loterii. Mnohdy se potýkáme s nelehkými situacemi nebo přímo nepříznivými životními osudy a v těchto chvílích je důležité mít po svém boku někoho, kdo se nás nesnaží předělat, nesoudí nás, ale naopak nás chápe a vždy se snaží být oporou. Ve dvou člověk rozhodně lépe zvládá zátěžové situace nežli sám.

Nácvik sociálních dovedností

Jedním z nejčastějších problémů, který se vyskytuje, je snést kritiku druhých bez pocitu viny a méněcennosti a jednoduše říci ne, pokud to tak cítím. Existuje spousta technik nácviku asertivity.

Sociální kontakt

Častým průvodním rysem deprese bývá izolace od lidí. Proto je doporučováno, jít tomu naproti a aktivně se i přes své obavy a nízké sebevědomí zapojit, nejlépe mezi dobře známé osoby, před kterými necítíme ostych. Obvykle se samo ukáže, že není se čeho obávat a naopak je tento čas příjemně strávenou volnočasovou aktivitou.

Spánek

Za základní funkci spánku je považována regenerace organismu, především však mozku a tzv. rozumových funkcí, které jsou nezbytné pro chod celého organismu. Má velký význam pro tvorbu neuronů a rovnováhu hormonů a nepřímo ovlivňuje i imunitu celého těla. Při nedostatku spánku klesá rychlost a přesnost a také obranyschopnost organismu. Spánek má velký význam i pro dobrou psychickou kondici. Také je důležitý pro obnovu buněk a tkání. Proto v případě nedostatku spánku si můžeme představit podobnou reakci organismu, jako při stárnutí. Pokud nastanou potíže s nespavostí nebo poruchami spánku, určitě je třeba řešit je co nejdříve. (Pretl, Příhodová, 2007, s. 87)

3 DEPRESE MLADISTVÝCH JAKO FENOMÉN DNEŠNÍ DOBY

I když se může zdát, že v případě mládí, se jedná o klidné a bezstarostné období v životě člověka, mnohdy bývá opak pravdou. Dospívání si s sebou často nese problémy v důsledku vývojových změn psychických i fyzických, které se pak projevují především v sociální rovině, i když to nemusí být pravidlem u každého. Dle individuálního stupně vývoje se mohou tyto projevy ukázat v rozdílném období věku jednotlivce. U někoho dříve a u někoho později. Dle konstatování profesora Krause (2006, s. 93-94) to dnešní mládež nemá vůbec jednoduché, protože na ni má významný dopad postmoderní společnost, která se projevuje čím dál vyššími nároky a požadavky na jejich kvalifikaci a jejich uplatnění v životě, ale současně klade důraz na kvalitu stráveného volného času. K tomu se přidávají ještě proti sobě jdoucí skutečnosti ve vývoji. Prohlubuje se desynchronizace fyzické, psychické a sociální dospělosti. Dospívání je samo o sobě spojeno s mnohými problémy, které se vztahují k různým oblastem života a tyto, někdy propastné rozdíly, spíše nesoulad prohlubují.

3.1 Životní styl a problémy dnešní mládeže

Dle Vágnerové (2000, s. 253) dochází v tomto životním období k utváření hodnotového žebříčku a urovnávání cílů a postojů, které směřují k zodpovědnosti za svůj život a svobodu. V tomto období prochází každý několika důležitými změnami a zkušenostmi. Jednak je to dosažení plnoletosti, dále ukončení školní docházky a také začátky sexuální aktivity. Jako další součást identity adolescenta, velmi důležitou pro jeho osobní posun, je kompetence a výkon. Ačkoliv se inteligence člověka nijak zásadně nemění, protože dosahuje vrcholu již na počátku puberty, začíná se v pozdějším období stabilizovat a srovnává a harmonizuje se vztah mezi myšlením a afektem. Přesto je úsudek adolescentů i nadále významně ovlivněn emocemi. Rady starších a zkušenějších pro ně nemají, zas až takovou, vypovídající hodnotu. Typické je zlehčování problémů, upřednostňuje se jednoduché a rychlé řešení. Toto období je zpravidla také nejvíce zaměřeno na školu, kdy se převážná většina projevuje průměrným výkonem „tak aby prolezli“.

Nejdůležitějším prvkem tohoto období je osamostatňování. V důsledku toho se významně mění vztah s rodiči, kteří začínají pomalu ztrácet svoji výhradní vedoucí pozici a začínají se tak vytvářet zcela nová pravidla vzájemného soužití. Ta by měla postupně vést k čím dál většímu osamostatňování, ale současně i klidnějším vztahům v rodině.

Dospívání probíhá v drtivé většině případů tak, že si jedinec vytvoří svoji vlastní představu

dle svého vlastního sebepojetí anebo napodobí vzorec chování toho, jehož příklad bere za přijatelnou formu své nastávající identity v době dospělosti. Druhá možnost s sebou samozřejmě nese jistá rizika, pokud jde o nevyzrálého jedince bez zkušeností a navíc snadno ovlivnitelného, že si zvolí negativní vzor a dostane se tím do rozporu s rodinou i společností. V souvislosti s touto fází vývoje je jasné, že důležitou součástí rozvoje se stávají vztahy k jiným osobám – jedinci nebo skupině. Tyto sociální vztahy také formují postoj mladého člověka k různým lidským hodnotám a do velké míry jej ovlivňují. Obvykle po přechodnou dobu je mladý člověk součástí jisté skupiny, která mu pomáhá v plynulém přechodu při osamostatňování se a hledání sebe sama. Po skončení této fáze, skupinu povolna opouští. Jistotu mu většinou dodává kamarád nebo vztah. Schopnost blízkého intimního vztahu je považována za jakousi definici dospělosti. V této době, jak již bylo zmíněno, se začíná objevovat potřeba blízkosti a intimity s opačným pohlavím a takový vztah ovlivňuje člověka velmi významně. Je to zejména proto, že náhled na věci mají komplexnější charakter a zasahuje do něj, velmi často, i plánování budoucnosti. Vzájemná blízkost a sexualita zde hraje významnou roli, a to zejména v sociální oblasti, kdy napomáhá při utváření budoucího partnerského vztahu. Sexualita má v tomto ohledu velký význam, protože první taková zkušenost se považuje za jeden z významných mezníků a symbolizuje přechod od dětství k dospělosti. V tomto období se vymezují a ujasňují také vztahy k jiným dospělým mimo rodinný okruh. Ujasňují se společenské a mravní hodnoty a nastává období socializace. Jedinec si upřesňuje normy a hodnoty související nejen se sociální stránkou, ale také s morálkou. Začíná uvažovat o jejich principech, dělá si vlastní názor, na základě kterého pak zaujímá vlastní stanovisko, a to potom dodržuje. (Malá, 2008, s. 120-130)

3.2 Vlivy a příčiny

Dle (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 164) do problematiky rozvoje po stránce ekonomické, sociální, mravní a fyziologicko-psychického vývoje zasahují další faktory, které důsledkem ne zcela dokončeného vývoje člověka v dospělého jedince a nedostatkem životních zkušeností, způsobují nejrůznější rozpory a konflikty v názoru a smýšlení. Tyto konflikty, jimž dnešní mládež čelí, jsou vnímány jako rizikové faktory psychických potíží, které při jejich nezvládnutí mohou vyústit až v depresi. Jako příklady můžeme uvést:

Konflikt mezi sociálně-ekonomickou a fyzickou zralostí

Ačkoliv je mladistvý tělesně zralý a on sám se již cítí na pracovní aktivitu a ekonomickou nezávislost, díky čím dál víc náročnějším požadavkům společnosti a stále se zvyšujícím nárokům na vzdělání, spojené s profesní přípravou, se sociální zralost spíše oddaluje.

Konflikt mezi sociální rolí a sociálním statusem

Na první pohled se může zdát, že zmiňujeme v podstatě to samé, ale bližším vysvětlením prokážeme, že se nejedná o totéž. Zatímco sociální role představuje to, co jsme pro společnost (matka, manželka, kamarádka), sociální status již upřesňuje práva a povinnosti, které se k této roli vážou. (Hartl, Hartlová, 2009, s. 547-550)

U dospělého jedince jde o jakési rozdělení a vymezení úkolů, ovšem dospívající, kteří již fyzicky i psychicky vykazují známky dospělosti, zaznamenávají jakýsi vnitřní konflikt, protože se od nich očekává „dětská“ závislost na dospělých a s ní spojená poslušnost a kontrola. V návaznosti na tento bod pak můžeme současně hovořit o dalším konfliktu a to mezigeneračním. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 164 -165)

Další úskali

Výše uvedené problémy a nesoulady nejsou jediným úskalím, které na dospívajícího jedince čeká. Další jsou různé hnutí a subkultury (především tzv. styl EMO, jehož podstatou je přímo depresivní chování, melancholie, příp. sebepoškozování), nově vzniklé závislosti dnešní doby spojené s technologiemi a sociálními sítěmi a v neposlední řadě nadměrné užívání alkoholu a drog. (Čačka, 2000, s. 94)

Vzhledem k vysokému nárůstu uživatelů a s tímto problémem spojeným nárůstem depresí, se této oblasti budu věnovat podrobněji v následujícím bodě.

Alkohol a drogy

Užívání návykových látek je jednou z velmi častých příčin rozvoje depresí u mladých dnešní doby. Alkohol je v tomto směru přímo označován za látku, která depresi vyvolává. I když jsou alkohol a drogy jejími uživateli často brány spíše jako pomoc při negativních prožitcích, účinky jsou opačné a deprese se velmi rychle prohlubují.

Omamné látky v současné době bohužel představují velmi reálnou hrozbu, díky, čím dál snadnější, dostupnosti. Dle statistických průzkumů jsou nejvíce ohroženy děti ve věku 13 – 15 let. U dětí tohoto věku je nejčastějším důvodem zapadnout do kolektivu, poznání něčeho nového nebo také únik z reality. Drogová závislost se v počátcích prakticky nedá poznat a pro rodiče je, bez potřebných zkušeností a znalostí této problematiky, téměř nemožné situaci vyhodnotit a následně správně posoudit. Existují však určité signály, které by se

neměly v žádném případě podceňovat. V případě, že se u dítěte objeví výrazná změna v chování jako např.: ztráta zájmů, výrazné zhoršení prospěchu ve škole, výrazné výkyvy nálad, změna okruhu přátel, nechutenství, úbytek váhy, ospalost, změna vzhledu, názorů a oblékání, určitě není na místě tyto věci přehlížet nebo je zaměňovat s projevy dospívání a spojovat s případným psychickým a fyzickým vývojem, jak se spousta rodičů milně domnívá, ale co nejdříve vyhledat odbornou pomoc. (Nešpor 2018, s. 145)

Dnešní rodiče musí bohužel počítat s tím, že jejich dítě s vysokou pravděpodobností, tak jako většina dospívajících vrstevníků, jak ukazují průzkumy, drogy vyzkouší a není potřeba hned propadat hysterii. Není ostudou ani projevem slabosti dát najevo úzkost, strach a lítost, kterou v nich celá situace vyvolává, ale přiměřeným způsobem. (Nešpor 2018, s. 153)

Nezbytné je také zjišťování odborných informací o dané problematice. Pokud si je rodič, dle zjištěných skutečností, schopen dát dohromady souvislosti s výše uvedenými změnami v chování dítěte a účinky jednotlivých okruhů omamných látek, mohl by se snadněji dopátrat pravdy.

Typické příznaky pro:

marihuany jsou:

typická mírně nasládlá vůně odlišná od tabáku, po užití smích, návaly hladu, zarudlé oči, nález kuřáckých potřeb (papírky, filtry - kupované nebo trhací, často i tabák a cigarety)

tlumivé látky (opiáty, léky) jsou:

ospalost, otupělost, změny nálad (někdy od netečnosti k agresivitě), klesající víčka, snížená mimika, velmi malé panenky téměř nereagující na změnu osvětlení, nález tablet, pytlíčků s nažloutlým práškem a dalších věcí určených k užívání (od trubiček, přes alobal, po injekční náčiní, vodu k injekčnímu užívání atd.)

stimulanty (pervitin, kokain aj.) jsou:

mnoho energie, někdy nekonstruktivní využití, nespavost trvající i více než 24 hodin, náhlé snížení hmotnosti, zanedbávání pitného a stravovacího režimu, možné prudké změny nálad, při přerušování užívání intenzivní potřeba spánku a jídla, možné deprese, agrese, výrazná mimika, gestikulace, mnohomluvnost, argumentace; velké panenky téměř nereagující na změnu osvětlení, nález pytlíčků s bílým práškem a dalších věcí určených k užívání (od trubiček, přes alobal, po injekční náčiní, vodu k injekčnímu užívání atd.)

Bohužel užívání drog svých blízkých není možné ovlivnit a ani tomu zabránit. To rozhodnutí je vždy na nich a nejstrašnějším průvodním jevem rodičů je pak nepopsatelný strach a beznaděj. Přesto to ale neznamená, že musí sedět se založenýma rukama a čekat. Něco přece jenom udělat můžou. Můžou se svými dětmi mluvit o svých obavách, lítosti a pocitu viny. Můžou je ujistit, jak moc je mají rádi, a že jsou připraveni jim ve všem pomoci, pokud to budou potřebovat. Rozhodně se nedoporučuje vyhrožovat a dávat ultimáta, která stejně v důsledku nejsme schopni dodržet. Vždy je potřeba nastavit pravidla a komunikovat jen v případě, že se na to dítě cítí. Mnohdy se stane, že dítě není schopno reagovat a v rozhovoru se může pokračovat až za několik dní. Obviňování ani nátlak nejsou na místě. (Nešpor, 2018, s. 170)

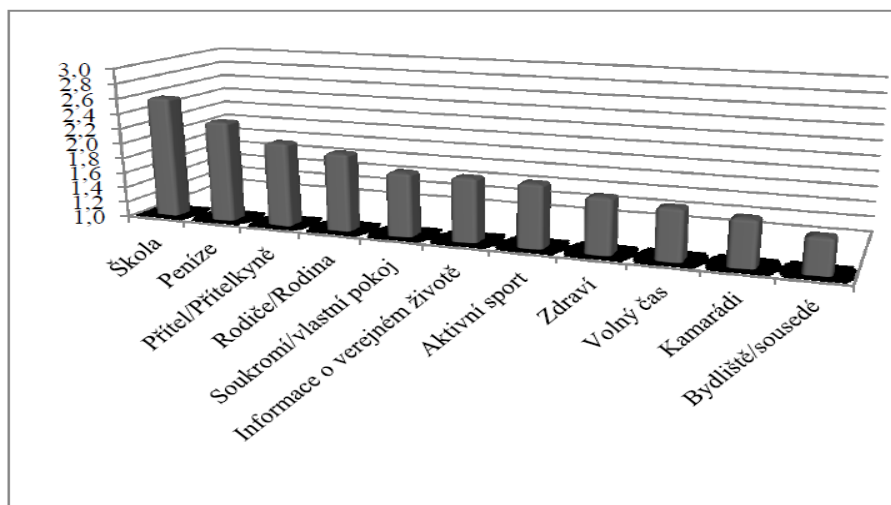
S touto problematikou může rodičům také pomoci portál www.prevence.sananim.cz, kde jsou rozebrány veškeré podrobnosti, jak v takových situacích reagovat, Poradna pro rodiče o. s. SANANIM, n. o. Podané ruce nebo jiné zařízení, kde je možné dohodnout si individuální konzultaci, a další. (kontakty je možné nalézt na www.drogy-info.cz v Mapě pomoci nebo na www.drogy.net). (www.drogy-info.cz)

Jiné příčiny

Ať už nadměrný stres, vnitřní konflikt, závislosti nebo jiné patologické pocity a jednání způsobuje cokoliv, vždy je nutné situaci rozebrat a řešit. Pokud jsou situace, ve kterých jsou jednotlivé prvky v takovém vztahu, že má-li systém fungovat nadále, jako celek, vyžadují striktní změnu, označujeme je za problémové. Taková situace nastává vždy, když vyžaduje řešení, ale kvůli momentálnímu stavu ji nejsme schopni díky její nepřehlednosti a nečitelnosti zvládnout. (Macek, 1999, s. 95)

Podrobnější výzkum, které oblasti vnímají adolescenti jako problematické, prezentuje Macek (1999, s. 147) ve své knize v grafu:

Obrázek 8 Obtíže mládeže



Zdroj: Macek (1999, s.147)

V tomto věku ještě hraje významnou roli rodina a její celková atmosféra a je nutné, aby nabídla dospívajícímu dostatečné citové zázemí, aby se s těmito potížemi, vnitřními konflikty a dostupnými „lákadly“, dokázal vypořádat.

Vliv rodiny

Vliv rodiny je jedním z nejvýznamnějších vlivů v negativním i pozitivním smyslu. Je to přirozené prostředí, do kterého člověk přichází bez možnosti volby a automaticky se mu přizpůsobuje. Rodinné prostředí se skládá z pocitů a vztahů, které k sobě jednotliví členové chovají a dalšími vnějšími i vnitřními faktory, které je ovlivňují (finanční zabezpečení, vzdělání atd.). Rodina je velmi důležitá pro rozvoj dítěte a jeho začlenění do společnosti. Formuje jeho osobnost a podporuje ho ve všech směrech.“ (Andacký, A. *Bakalářská práce*).

Rodina má samozřejmě i spousty dalších funkcí, které se vzájemně prolínají. Působí také jako sociální útočiště jednotlivých členů, poskytuje pomoc, ochranu i odpočinek.

V případě že rodina zajišťuje podporu a veškeré funkce, které zajišťovat má, mluvíme o **rodině funkční**, tedy neporušené, ve které je zajištěn zdravý vývoj dítěte. Rodinu, ve které se objevují závažnější trhliny některých funkcí, ale nemají vliv na systém rodiny nebo vývoj dítěte označujeme za **problémovou rodinu**. Rodina je schopna tyto problémy řešit. Pokud se však dostane do fáze, kdy závažnost potíží v rodině narušuje celý její systém a zvláště pak vývoj a výchovu dítěte, mluvíme už o **dysfunkční rodině**. Tyto své problémy již rodina není schopna řešit a je třeba učinit řadu opatření, buď na podporu rodiny, nebo

záchranu dítěte, odebráním rodičovských práv. V případě, že rodina již svoji funkci neplní a navíc závažným způsobem škodí dítěti, mluvíme již o sanaci **afunkční rodiny**. (Hartl, Hartlová, 2000, s. 512)

Funkčnost rodiny zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života jejích členů. Domov má být místem klidu, lásky, bezpečí a harmonie.

3.3 Projevy deprese u adolescentů a dětí

Rozpoznat depresi u mladých lidí, je často velmi obtížné. U teenagerů se deprese vyznačuje spíše podrážděností, nepřátelskou a výbušnou náladou, někdy se objevují nevysvětlitelné bolesti. Doprovodným jevem jsou potíže doma i ve škole a mnohdy sklouznou k užívání návykových látek nebo projevují otevřeně agresivitu vůči druhým. Okolí může u dětí a mladistvých mylně zaměňovat depresivní stav za únavu v důsledku nedostatku spánku nebo vysokých nároků na množství učiva nebo za počínající virové nebo infekční onemocnění, ale také za důsledek některých životních událostí jako nešťastná láska, neshody rodičů atp. Velmi často také tyto stavy přisuzují fyziologickému a psychickému vývoji jedince, který bývá běžnou součástí tohoto vývojového období. (Nývtová 2010, s. 91)

Posouzení takového stavu vyžaduje komplexní pohled na věc, nejenom lékařský, ale také psychologický, pedagogický a sociální. Vždy existuje celá řada faktorů ovlivňujících psychický stav, obzvláště v období vysoké zranitelnosti člověka, což přechod z dětství do dospělosti je. Tyto faktory mohou mít podklad např. v rodinné anamnéze, proto je třeba, dopodrobna, prověřit souvislosti v této oblasti a udělat si také celkový pohled na zdravotní a sociální stránku, ale také rodinné zázemí, které zase může souviset z vnějšími negativními vlivy. V první fázi je nezbytné provést rozhovor s rodiči, kdy se otázky vztahují až k prenatálnímu období a psychomotorickému vývoji. Dále se zkoumá chorobopis a rodinná anamnéza a zkoumají se také další vlivy, které mohly mít na jedince negativní dopad (výchova, prostředí, kamarádi, prospěch apod.). Na základě všech informací bude provedeno vyhodnocení a stanovena diagnóza. Důležité je, jestli se jedná o poruchu mírnější nebo závažnějšího charakteru. U mírnějších se stanoví terapeutický plán, u závažnějších se zpravidla předepisuje léčivo, popř. kombinace obou druhů léčby. Symptomy dětí a adolescentů jsou velmi podobné jako u dospělých trpících depresemi. (Praško a kol., 2015, s. 45-55)

Dá se říci, že až na malé odchylky jsou téměř shodné ve všech věkových kategoriích. Nejčastěji se objevuje neklid, smutek bez zjevné příčiny, ztráta radosti ze života, izolace od okolního sociálního prostředí, únava, poruchy soustředění, nízké sebevědomí. U adolescentů se navíc objevuje agresivita, podrážděnost střídající se s útlumem, alkohol a drogy. Mnohem častěji se v tomto období objevuje úzkost z vlastní nedostatečnosti. Doprovodným znakem takového psychického rozpoložení je většinou celková rezignace a ztráta smyslu života. Téměř vždy se objevují problémy s prospěchem, kázní, popř. v zaměstnání, výrazně se snižuje výkon a zhoršuje se vztahová oblast, kde se začínají objevovat komunikační problémy s kamarády, rodinou, atp. Nemocný se při komunikaci projevuje buď tím, že se potřebuje vypovídat ze všech svých problémů, čímž může své okolí obtěžovat nebo je naopak málomluvný a skleslý. Typická je také hádavost nebo velká podrážděnost nebo jindy zase ztráta zájmu o cokoli a úplná sociální izolace. Jediné jeho myšlenky, které má v hlavě souvisí s částečnou nebo úplnou ztrátou sebevědomí. Takový jedinec obvykle nerozpozná, že jde o nemoc. Zvýšenou únavu může považovat jako lenost, snížení výkonu jako neschopnost, nesoustředěnost jako známku vlastní hlouposti. Tuto změnu myšlení je pak velmi těžké vyvracet, i když jsme ochotni snést řadu důkazů o opaku. (Akhtar, 2015, s. 21)

Důležitá je proto v takovou chvíli rodina, přátelé a další lidé kolem jako učitelé, praktičtí lékaři apod., kteří mohou pomoci rozpoznat, že něco není zcela v pořádku a mohlo by se jednat o depresi. V každém případě je potřeba zaujmout trpělivý a chápavý postoj a poukázat na viditelné změny, kterými postižený jedinec prošel a doporučit návštěvu odborníka. Je to důležité zejména proto, aby byla správně pochopena závažnost situace. I v dnešní době, kdy se tato diagnóza významně mezi mladými zvýšila, je onemocnění depresí stigmatizováno a zesměšňováno. Častým důvodem útoků mezi dětmi i dospívajícími bývá odlišnost, ať už je jakákoliv. (Vágnerová, 2008, s. 376-382)

Deprese se diagnostikuje na základě určitých příznaků, které jsou určeny Mezinárodní klasifikací nemocí, a to tak, že musí být, ze seznamu hlavních příznaků, přítomny alespoň dva a minimální délka jejich trvání pro tuto diagnózu, u mladistvých, je stanovena na dva týdny. Za takové hlavní příznaky jsou považovány: **melancholická nálada** v nadměrné míře pro konkrétního jedince, která je přítomná po větší část dne a přetrvává již déle než dva týdny, a která nemá prakticky žádnou opodstatněnou příčinu, nelze zlepšit vlastním úsilím a nezabírají osvědčené metody, které fungovaly dříve, **ztráta radosti z činností**, které byly

dříve oblíbené, **únava, ospalost, malátnost**, která se projevuje i při běžných denních činnostech a člověk zvládne za stejný čas méně činností. Vedle těchto základních znaků, pak mohou být ještě další doprovodné, které pak, dle přítomnosti, určují míru závažnosti onemocnění:

- ztráta sebeúcty a sebedůvěry spolu s pocity selhání
- pocity viny bez příčin
- myšlenky na smrt nebo jiné sebevražedné chování
- nesoustředěnost, nerozhodnost
- změna tempa, které se projevuje zpomalením všech aktivit včetně pohybu a řeči
- porucha spánku
- nechutenství, úbytek hmotnosti
- ztráta zájmu o cokoliv
- probuzení o několik hodin dříve než je v plánu – deprese je těžší ráno.

Zda je deprese přítomna a jaká je její závažnost je možné si stanovit i sám, tedy alespoň orientačně, pomocí posuzovacích dotazníků, jako např. Zungův sebesposuzovací dotazník pro depresi je bodově hodnocen (mírná deprese 40 – 47 bodů, středně závažná deprese 48 – 55 bodů, závažná nad 55 bodů), ale jak již bylo zmíněno, jedná se o výsledek zcela orientační a konečné stanovisko musí vždy posoudit odborník.

3.4 Léčba depresivního syndromu u mladistvých

Stejně jako u dospělých i u dětí a adolescentů probíhá léčba psychoterapeuticky a farmakoterapeuticky. Můžou se kombinovat různé druhy terapií. Léčí se nejprve akutní stav, poté následuje léčba stabilizační a udržovací. „*Volba typu terapie se odvíjí od věku dítěte či adolescenta, od jeho symptomů, typu deprese a jeho rodinného zázemí.*“ (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2008, s. 206)

3.4.1 Psychologická léčba

Léčba je podobně jako u dospělých postavena na rozhovoru mezi mladistvým a kvalifikovaným odborníkem z oblasti psychologie (terapeut) nebo psychiatrie (lékař), apod. Teprve na základě tohoto pohovoru je stanovena diagnóza a nastaven léčebný plán. Tento způsob léčby formou rozhovoru vede ke zlepšení pocitů pacienta a ke změně v radosti z každodenních činností, pohledu na okolní svět i sebe. (Hosák a kol., 2015, s. 227)

Existuje několik způsobů psychologické léčby, kdy se doporučuje, dle rozsahu a povahy onemocnění terapie kombinovat. Vše pod dohledem odborníka, který léčbu vede podle vývoje spolupráce a výsledků. Zejména u mladých pacientů mají pozitivní výsledky např.:

Psychodynamická terapie

Terapie zkoumá jednotlivá vývojová stadia v dětství a jejich vliv na psychiku jedince a hledá souvislosti se současnou situací dospívajícího a snaží se rozpoznat negativní vzorce myšlení a napravit je. Tato terapie, bývá často pro lepší efekt kombinována s dalšími, které na sebe přirozeně navazují. (Hosák a kol., 2015, s. 235)

Dynamická behaviorální terapie

Tato technika má naučit dospívající sebekontrolu, poznávat a ovládat emoce prudší povahy a zvládat úzkost spojenou s řešením problémů a vyvarovat se jí a zamezit nežádoucím reakcím na stresové podněty. V praxi probíhá tak, že se pacient zaměřuje na detaily všech emocí, které jsou spojeny se situacemi okolního dění a jejich vlastních pocitů, které různé situace vyvolávají, aniž by vnitřně zkoumali, zda jde o pocity pozitivní nebo negativní. Dále se učí zdravé komunikaci v sociálních vztazích a přirozenému prosazení svých potřeb nekonfliktní cestou.

Pozitivní přístup, přijetí a odevzdání

Další typy terapií jsou založeny na pozitivním pohledu a vytěsnění negativního smýšlení, který vyvolává pouze úzkost a následně depresivní stav. Pozitivní myšlení má významný vliv na to, jak se cítíme a z jakého úhlu pohledu věci bereme. Důležité je také naučit se brát věci takové jaké jsou, přijmout je a nerozčleňovat na pozitivní a negativní. (jaké karty jsem dostal, s takovými hraji).

Psychoterapeutická psychologická léčba je zaměřena především na mírnou formu depresí a kombinace jednotlivých typů terapií je velmi účinná zejména u mladistvých. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2008, s. 199-207)

3.4.2 Farmakoterapie

Stejně jako u dospělých i u dospívajících v případě středně těžkých a těžších forem depresí se pacienti léčí antidepresivy. Pouze s tím rozdílem, že u dospělých je možno využívat i novější typy léčiv a, s nadsázkou řečeno, experimentovat, zatímco u dospívajících je potřeba mít se na pozoru. K lékům se přistupuje, pokud je to nevyhnutelné v souvislosti s projevy trvalejšího charakteru, které posuzuje lékař, a to především s ohledem na vývojové stadium jedince. Zcela zásadní je zapojení se a přístup nejbližšího okolí, především rodičů. Velmi často se léčba zahajuje nižší dávkou antidepresiv, a pokud to povaha one-

mocnění vyžaduje, dávky se pozvolna zvyšují. Rodiče by měli být informováni a brát ohled na možné riziko vedlejších účinků. Léčba musí probíhat vždy pod přísným dohledem ošetřujícího lékaře, kvůli nežádoucím komplikacím, a také dostatečně dlouho. Po odeznění nežádoucích příznaků nemoci je nezbytná udržovací léčba, protože předčasné ukončení má často za následek regresi a relaps onemocnění, a to až v 60 procentech. Léčba je vždy kombinována s psychoterapiemi a rodinnými terapiemi a nezřídka bývá do léčebného či udržovacího procesu, v rámci resocializace pacienta, zapojena i škola. Bez podpory okolí, navrácení sebedůvěry a správného nastavení mezilidských vztahů, by byla farmakoterapie účinná v minimální míře a pouze dočasně. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2008, s. 199-207)

3.5 Dopad deprese adolescentů na dospělý věk

V případě, že depresí onemocní adolescent a tento problém řeší, ať už psychoterapií či farmakoterapií, je velmi vysoké procento úspěchu vyléčení těchto potíží, které už pak nadále nepokračují ani v období dospělosti. Problém nastává v případě, že deprese je buď nedoléčena, anebo není léčena vůbec. Pak přetrvává i dlouhé roky a prakticky rozkládá jednotlivé části života nemocného a nezřídka má tragické následky (rozpad rodiny, ztráta zaměstnání i smrt). Takový člověk má opravdu velké obtíže zařadit se do společnosti a běžných životních činností v důsledku ztráty sebeúcty a často se tyto problémy snaží řešit sám různými úniky z reality, jako např. izolace, alkohol a jiné návykové látky atp. Pokud se mladý člověk z deprese doléčí i v rámci udržovací léčby, je procento relapsu mizivé. (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 238-240)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této empirické kapitole diplomové práce se budeme blíže zabývat upřesněním výzkumné části. Jsou zde vymezeny a stanoveny hlavní a vedlejší cíle výzkumu a identifikován výzkumný vzorek. V další části pak budou přesněji interpretována data, vycházející z dotazníkového šetření a vyhodnoceny stanovené hypotézy.

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat problematiku depresí mezi mladými.

Jako dílčí cíle budou stanoveny:

- *Zachycení souvislosti postoje k sobě a pohlaví,*
- *Ověření rizika sklonu k depresím u mládeže, v podobě negativního myšlení, v závislosti na pohlaví*
- *Ověření souvislosti mezi špatnými pocity mladistvých, jako možného spouštěče depresí a rodinným zázemím*

4.2 Výzkumný problém

Toto téma je považováno za fenomén dnešní doby a jak již bylo řečeno v teoretické části, dodnes se odborníci neshodují na příčinách vzniku ani zcela jasně rozpoznatelné diagnóze, ale ani způsobu léčby. Proto v současné době proběhla a stále probíhá celá řada výzkumů této problematiky.

Hlavní otázka výzkumu: „*Která zkoumaná specifika ovlivňují stav depresivního onemocnění?*“

V dílčích otázkách této DP zkoumáme, zda:

1. *Je riziko ohrožení depresemi u mládeže, v souvislosti s postojem k sobě sama, ovlivněno pohlavím?*
2. *Je riziko ohrožení depresemi u mládeže v podobě negativního myšlení ovlivněno pohlavím?*
3. *Existuje souvislost mezi špatnými pocity mladistvých a rodinným zázemím?*

4.3 Typ výzkumu

Pro snadnější přístup k většímu množství dat byl zvolen kvantitativní výzkum, metoda dotazníkového šetření, pomocí něhož jsme se pokusili najít odpovědi na zadané výzkumné otázky a dosáhnout tak stanovených cílů této práce.

Jako základní výzkumný soubor byli vybráni respondenti ze tří typů škol Zlínského kraje. Dle Chrásky (2007, s. 23) existuje více způsobů, jak vybrat jedince do základního vzorku, tak, aby co nejlépe reprezentovali výzkumnou skupinu. Pro naše účely byl stanoven jako nejvhodnější výběr záměrný, který probíhá na základě takových předem stanovených relevantních znaků, které jsou důležité pro zvolený výzkum. (Gavora, 2008, s. 77)

4.4 Metoda získávání dat

Jak již bylo zmíněno ve výše uvedeném bodě, byla zvolena kvantitativní forma výzkumu z důvodu snadnější přístupnosti k většímu množství dat od respondentů a jeho následného porovnání. Údaje potřebné pro zpracování a následný výzkum byly získány formou dotazníkového šetření. Samozřejmostí je, že dotazník musí splňovat praktičnost, validitu a reliabilitu. (Gavora, 2010, s. 111)

Dotazník je anonymní a je v něm celkem 20 položek (viz příloha diplomové práce).

Dotazník je rozdělen tematicky na jednotlivé oblasti:

První dvě položky dotazníkového šetření jsou zaměřeny na demografické údaje – věk a pohlaví respondentů a je také upřesněno zastoupení počtu respondentů, jednotlivých škol.

Další část představují 4 položky, které mají společného jmenovatele, a tím je postoj sám k sobě. Týkají se oblíbenosti v kolektivu, svého fyzického vzhledu, mezilidských vztahů – vše z vlastního pohledu a srovnání se s ostatními.

Třetí oblast (položky 7 až 9) by měly poodhalit rodinné zázemí a nároky rodičů.

Čtvrtá část dotazníku (položky 10 až 14) zjišťuje, jaký má mládež postoj k životu, a to především v souvislosti s plánováním budoucnosti a volnočasovými aktivitami.

Poslední oblast dotazníkových položek se týká ukazatelů spojených se specifiky možných příznaků deprese. Jde o negativní pocity, které jsou popisovány jako některé ze symptomů deprese, vztah k návykovým látkám, které jsou dnes velkou hrozbou díky dostupnosti a s depresemi také úzce souvisí. Poslední otázka je zaměřena na skutečnost, zda je mládež informována o tom, kde vyhledat v případě, že by na sobě tyto potíže vysledovala, pomoc.

Výzkum má za cíl zmapovat sklony k depresím mezi mladistvými a porovnat specifika uvedená v jednotlivých položkách dotazníku, zda mají souvislost. Některé položky zaměřené na sebepojetí a deprese byly inspirovány dotazníkem z Beckovy sebe posuzovací škály depresí, který byl zapůjčen v psychologické poradně. Otázky byly mírně upraveny pro účel šetření diplomové práce.

4.5 Stanovení hypotéz

V tomto bodě jsou stanoveny hypotézy, kdy některé vycházejí z blíže uvedených teorií:

Dle Češkové (2012) je v oblasti poruch nálad nejčastější právě deprese a celoživotně se s touto poruchou potýká na světě přibližně 16 % lidí. U žen se přitom objevuje ve vyšším počtu, a to až o jednu polovinu více, než u mužů.

Na základě tohoto vyjádření by měly být ženy více náchylné k depresivním stavům. Jedním z cílů je také ověřit u některých vybraných specifíků, zda je tomu tak i u mladších ročníků.

1. Je riziko ohrožení depresemi u mládeže, v souvislosti s postojem k sobě, ovlivněno pohlavím?

H0: *Míra rizika ohrožení v souvislosti s postojem k sobě je u dívek i chlapců stejná.*

HA: *Míra rizika ohrožení v souvislosti s postojem k sobě se v návaznosti na pohlaví liší.*

2. Je riziko ohrožení depresemi u mládeže v podobě negativního myšlení ovlivněno pohlavím?

H0: *Míra rizika ohrožení v podobě negativního myšlení je u dívek i chlapců stejná.*

HA: *Míra rizika ohrožení v podobě negativního myšlení se v souvislosti s pohlavím liší.*

3. Existuje souvislost mezi špatnými pocity mladistvých a rodinným zázemím?

H0: *Rodinné zázemí na špatné pocity mladistvých nemá vliv.*

HA: *Rodinné zázemí má souvislost se špatnými pocity mladistvých.*

4.6 Výzkumný vzorek

Jako zdroj dat k dotazníkovému šetření byli vybráni studenti druhého stupně ZŠ a 1. až 4. ročníku Gymnázia a SOU.

Základní soubor - školy Zlínského kraje

Výběrový soubor - druhý stupeň ZŠ Zlín, Gymnázium, SOU.

Výzkumný vzorek se skládá ze studentů druhého stupně ZŠ a prvního až čtvrtého ročníku učebního a maturitního studijního oboru ve Zlínském kraji ve věku 14 až 18 a více let. Výzkumný vzorek je záměrný a obsahuje celkem 121 respondentů, v zastoupení 56 dívek a 65 chlapců. Výzkum byl dobrovolný a bohužel se ho nezúčastnila poměrně velká část studentů. Celkový počet respondentů je tedy vcelku nízký na to, aby bylo možno vyvodit generalizující závěr o příčinách výskytu depresí v této věkové kategorii.

4.7 Příprava výzkumného šetření

Dotazník byl sestaven dle odborné literatury a v rámci předvýzkumu, předložen vybranému vzorku studentů z každé školy k vyjádření, jestli je obsah pro studenty srozumitelný. Po posouzení, byl pak předložen k vyplnění vybraným respondentům celkem.

Dotazníky byly, po domluvě, pro hladší průběh, předány prostřednictvím pedagogických pracovníků. Úspěšnost vyplněných dotazníků byla cca 60%, tzn., že asi 80 se nevrátilo vyplněno. Domnívám se, že návratnost je nižší z důvodu, že studenti nechtějí sdílet své problémy a příčiny deprese.

5 VYHODNOCENÍ A PODROBNÁ INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V páté kapitole jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření z celého výzkumného vzorku. Výsledky jsou znázorněny pro lepší přehled v grafech. Údaje jsou rozděleny dle pohlaví respondentů. Před dotazníkovým šetřením byli studenti poučeni, jak vyplňovat dotazníky a bylo zdůrazněno, že dotazník neobsahuje chybné a správné odpovědi, ale naopak, že je žádoucí, aby byl vyplněn pravdivě, podle svého vnitřního pocitu. Všichni byli upozorněni, že dotazníky jsou anonymní a slouží pouze pro účely vyhodnocení výzkumu k diplomové práci. Jedinými konkrétními údaji byl typ školy, věk a pohlaví.

5.1 Výzkumný vzorek

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 121 studentů. Pro výzkum byly osloveni studenti posledního ročníku ZŠ a 1. – 3. ročníku Gymnázia a SOU ve Zlíně a Otrokovicích. Podařilo se získat dohromady 121 vyplněných dotazníků (podrobně viz tabulka č. 1). V tabulkách a grafech jsou respondenti rozčleněni dle absolutní a relativní četnosti do skupin podle pohlaví, věku a typu školy.

5.2 Prezentace výsledků výzkumného šetření

První dvě otázky byly zaměřeny na pohlaví a věk. Výsledky jsou rozepsány v tabulce a přehledně znázorněny v grafu. Je zde vymezen i počet studentů jednotlivých škol.

Výsledky dotazníkových položek 1-2 – Demografické údaje:

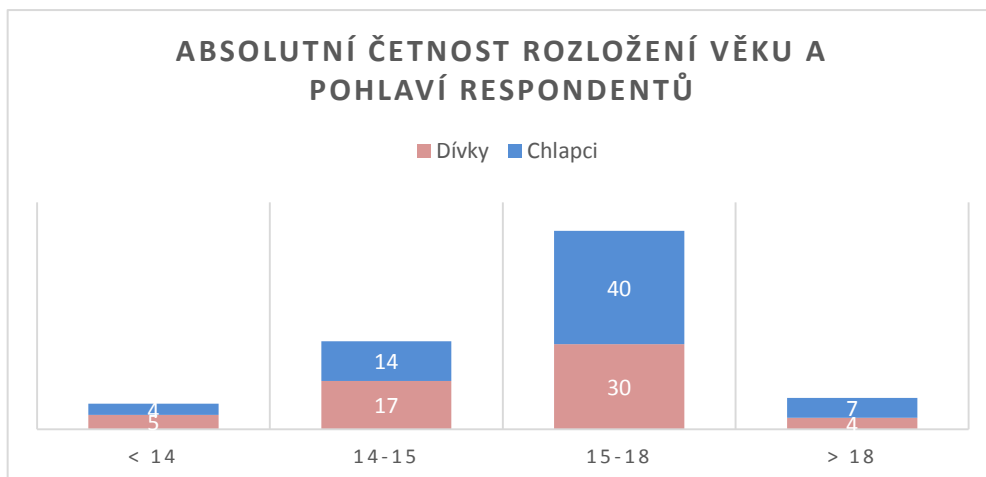
Tabulka 2. Rozdělení dle pohlaví a věku (absolutní četnost)

Věk	< 14	14-15	15-18	> 18	Celkem
Dívky	5	17	30	4	56
Chlapci	4	14	40	7	65
Celkem	9	31	70	11	121

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1. znázorňuje rozdělení respondentů dle věku. Nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 15-18 let, ve které je 40 chlapců a 30 dívek; ve věkové kategorii 14-15 let bylo 14 chlapců a 17 dívek, ve věkové kategorii 18 a více let se dotazníkového šetření zúčastnilo 7 chlapců a 4 dívky. Nejméně respondentů bylo ve věkové kategorii 14 a méně let, a to 4 chlapci a 5 dívek.

Graf 1. Pohlaví a věk studentů



Zdroj: vlastní výzkum

V následující tabulce je vidět procentuální zastoupení respondentů v návaznosti na pohlaví a věkovou skupinu.

Tabulka 3. Relativní četnost rozložení pohlaví dle věkové kategorie

Věk %	< 14	14-15	15-18	> 18	Celkem
Dívky	56%	55%	43%	36%	46%
Chlapci	44%	45%	57%	64%	54%
Celkem	100%	100%	100%	100%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje zastoupení respondentů dle věkových kategorií. U dívek je to 46 % a u chlapců 54%.

Graf 2. Rozdělení celkového počtu respondentů dle pohlaví

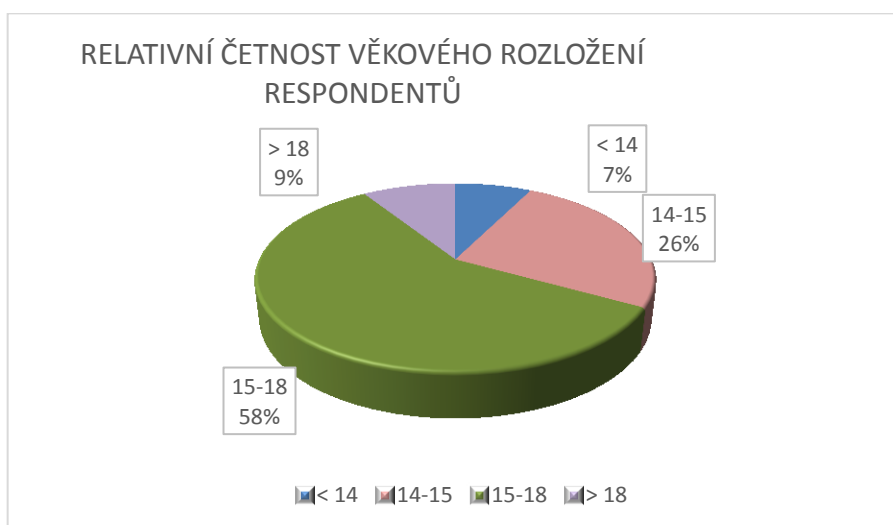


Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 4. Relativní četnost rozložení pohlaví dle věku z celku

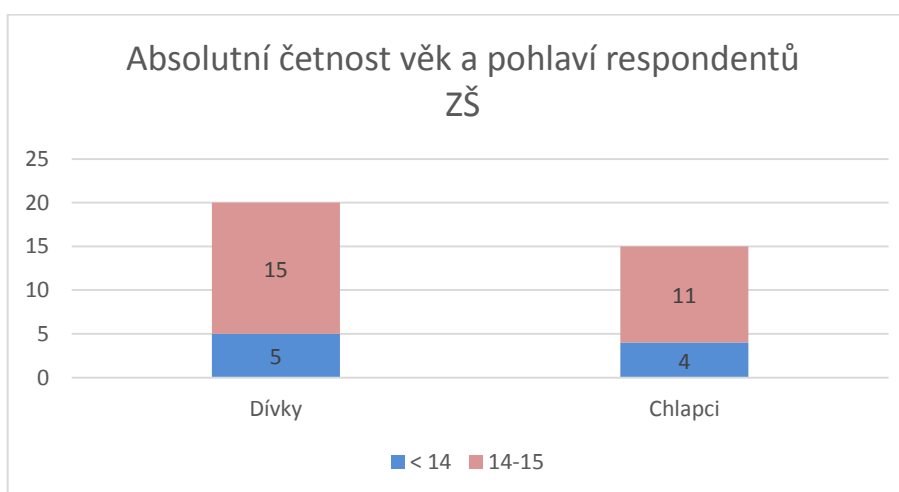
Věk %	< 14	14-15	15-18	> 18	Celkem
Dívky	9%	30%	54%	7%	100%
Chlapci	6%	22%	62%	11%	100%
Celkem	7%	26%	58%	9%	100%

Graf 3. Rozložení respondentů dle věku



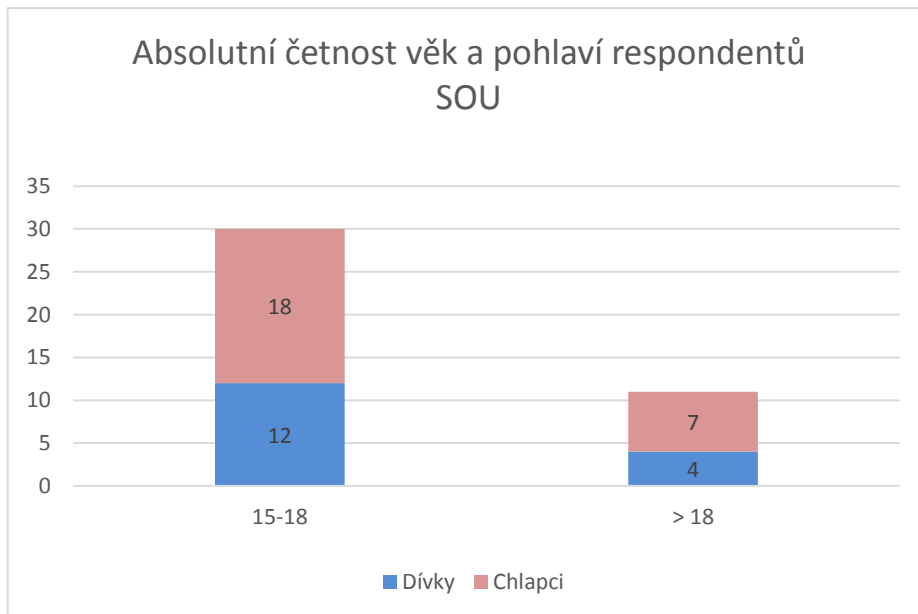
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4. Věk studentů ZŠ dle pohlaví



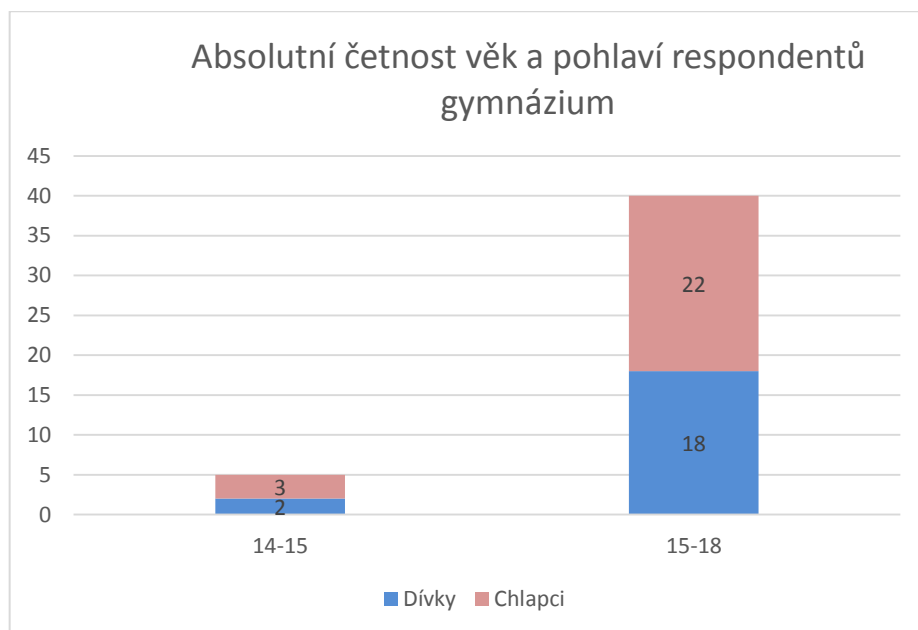
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5. Věk studentů SOU dle pohlaví



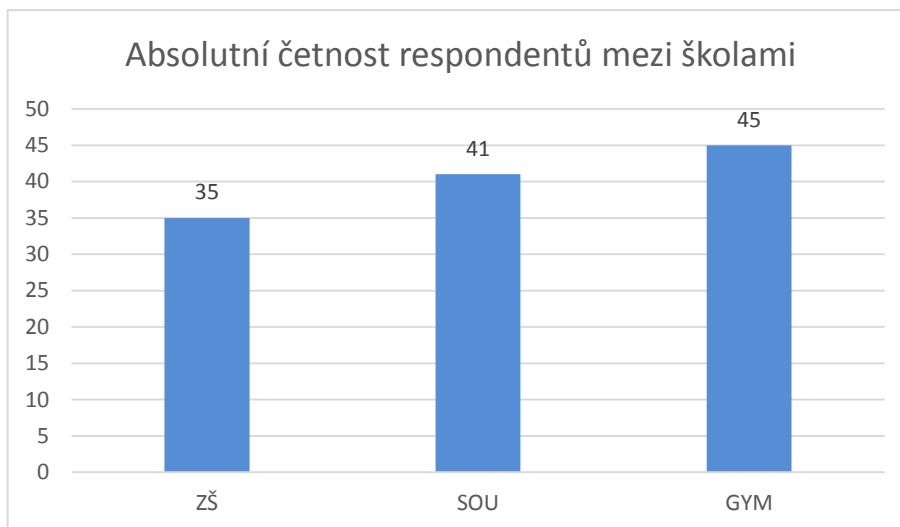
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6. Věk studentů gymnázia dle pohlaví



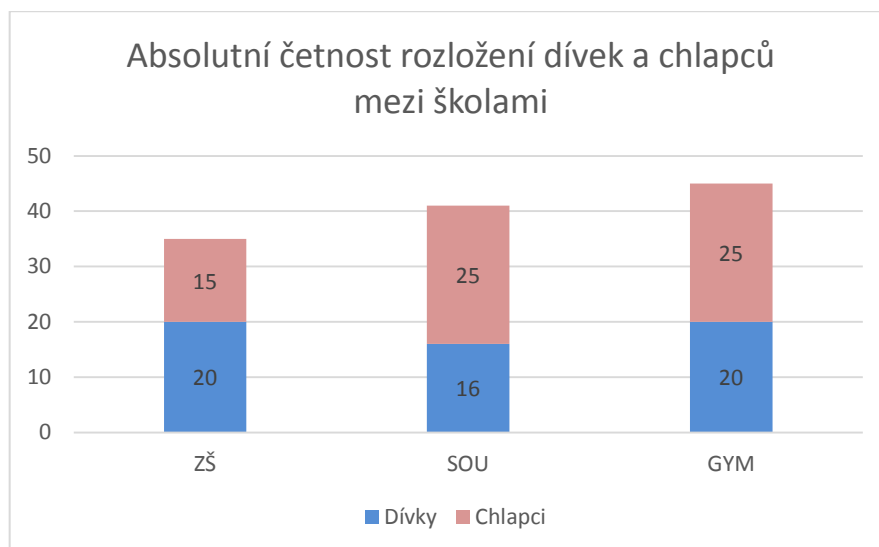
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7. Rozdělení studentů dle typu školy



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8. Rozdělení studentů dle typu školy a pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9. Rozdělení studentů podle škol



Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky dotazníkových položek 3 až 6 – Mezilidské vztahy a postoj sám k sobě

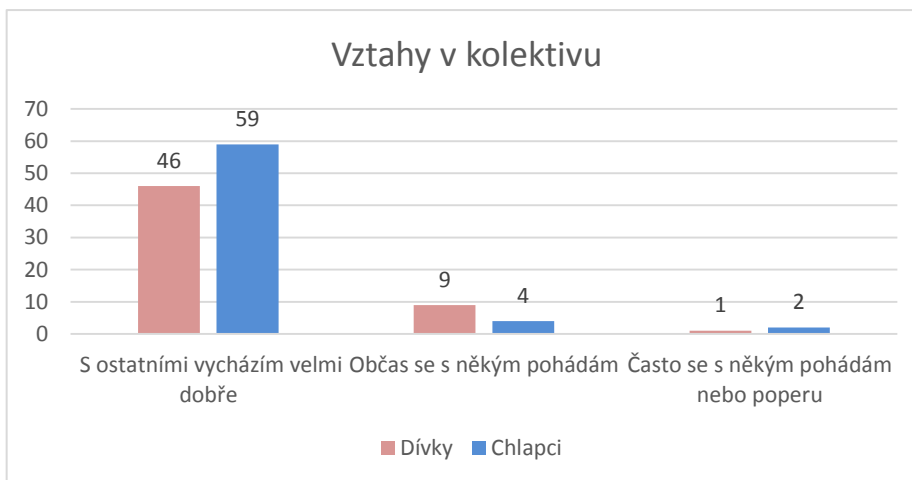
Položky 3 až 6 představují hodnocení sebe sama, ze svého pohledu, v souvislosti s představou, jak je vnímá okolí, jak se můžou z pohledu výkonu rovnat ostatními a jak hodnotí sebe fyzicky a v sociálních vztazích.

Vyhodnocení položky č. 3.

Jak vycházím s ostatními lidmi?

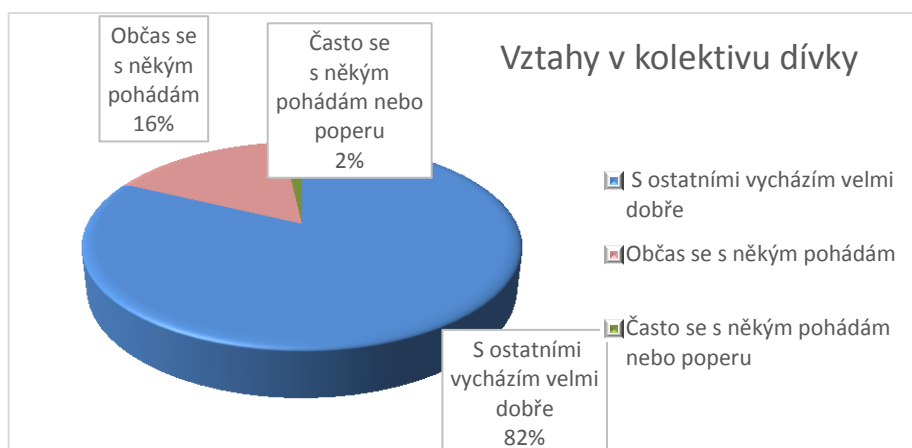
Z teoretické části diplomové práce v mnoha směrech vyplývá, že to, jak člověk vychází s ostatními, je obvykle odrazem, jaký postoj má sám k sobě. Z odpovědí vyplývá, že převážná většina, ve vztazích s ostatními, nemá problémy. Konkrétně přes 80 % dívek a přes 90 % chlapců. Občasný konflikt v kolektivu zvolilo cca 16 % dívek a 6 % chlapců. U dívek je procento výraznější, což by se dalo přisuzovat větší citlivosti. Častý konflikt pak hlásilo poměrně nízké procento respondentů. Dívky v 1,79 % a chlapci v 3,08 %. Celkově tedy z odpovědí vyplývá, že v interpersonálních vztazích, které jsou jedním ze zdrojů sebevědomí, nemají, až na výjimky, studenti problém. Dle výsledků porovnání, jak vnímají studenti vztahy k ostatním, můžeme konstatovat, že v souvislosti s pohlavím nebyl zaznamenán příliš velký rozdíl. Níže znázorněno graficky. Nejdříve obě pohlaví a potom každé zvlášť.

Graf 10. Vztahy v kolektivu dle pohlaví



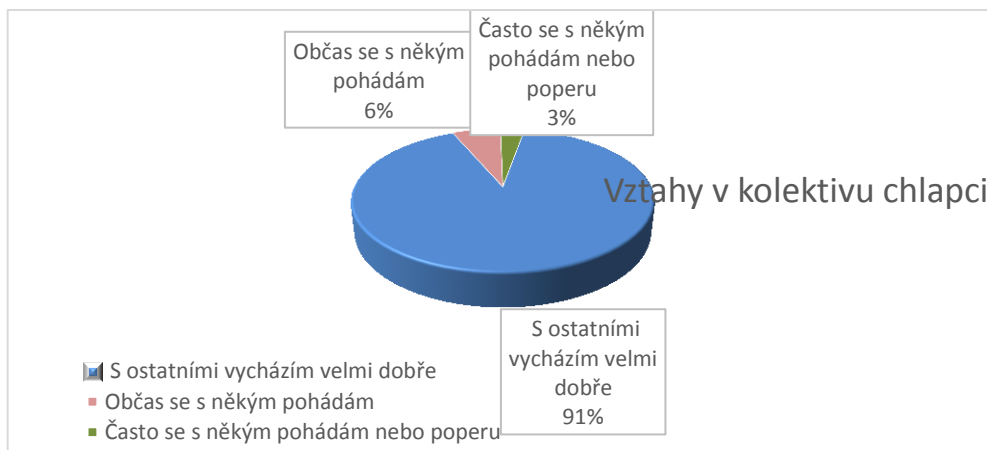
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11. Vztahy v kolektivu dívky



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12. Vztahy v kolektivu chlapci



Zdroj: vlastní výzkum

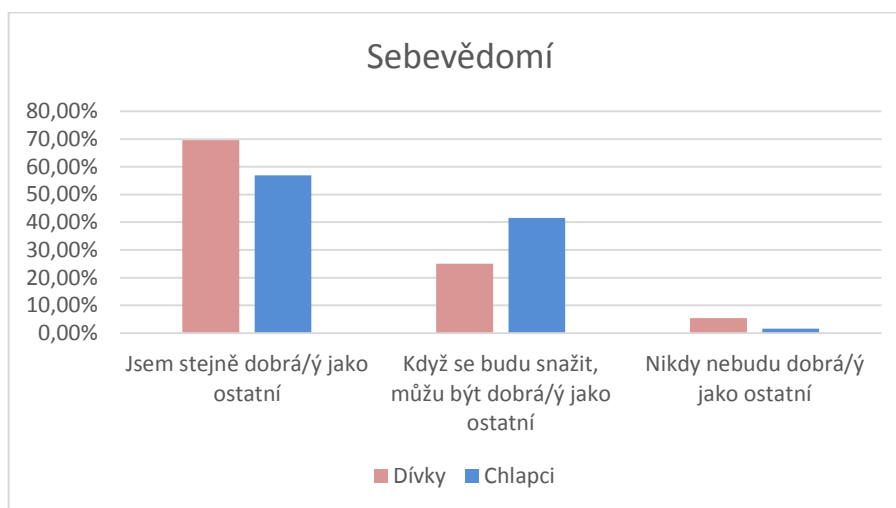
Vyhodnocení položky č. 4.

Jaké je moje sebevědomí?

Tato položka se týká oblasti sebevědomí a sebeúcty respondentů. Zaměřuje se na srovnání se s ostatními. Téměř 70 % dospívajících dívek z naší výzkumné skupiny se domnívá, že jsou stejně dobré jako ostatní a asi 57 % chlapců se hodnotí také pozitivně ve srovnání s ostatními. Poměrně velká část uvádí, že pokud se bude snažit, mohou dosáhnout stejně dobrých výsledků, jako ostatní, konkrétně 25 % dívek a přes 41 % chlapců. U chlapců je počet kladných odpovědí výraznější. Může to souviset s vyšší mírou soutěživosti u tohoto pohlaví a v tomto věku. Negativní odpovědi byly zanedbatelné, protože u chlapců šlo pouze o necelé 2 % a u dívek bylo procento trochu vyšší 5,36 %, ale v celkovém počtu také malé množství. Tato skutečnost může souviset opět s věkem, protože je známo, že v tomto období se člověk teprve hledá a zejména dívky o sobě velmi často pochybují.

Podle grafu níže je zřejmé, že ani jedno pohlaví se výrazně negativně nehodnotí. Nejprve je znázorněno porovnání dle pohlaví a potom jednotlivé odpovědi u dívek a chlapců zvlášť.

Graf 13. Postoj k sobě ve srovnání s ostatními dle pohlaví



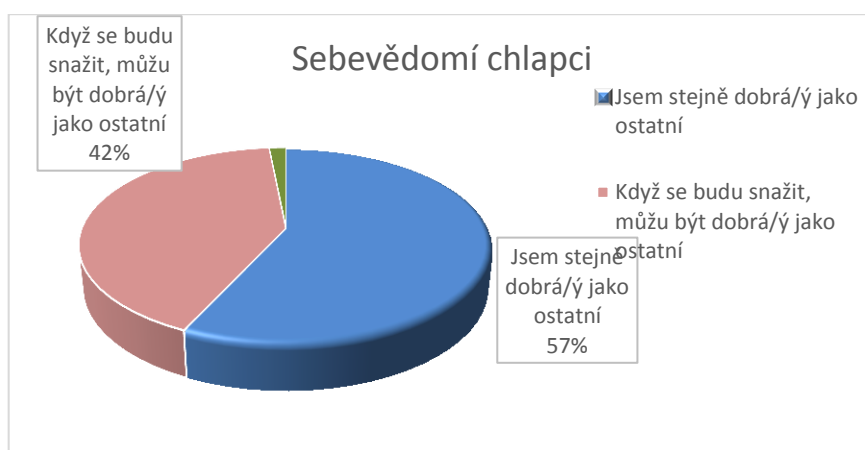
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14. Postoj k sobě ve srovnání s ostatními dívkami



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15. Postoj k sobě ve srovnání s ostatními chlapci



Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 5.

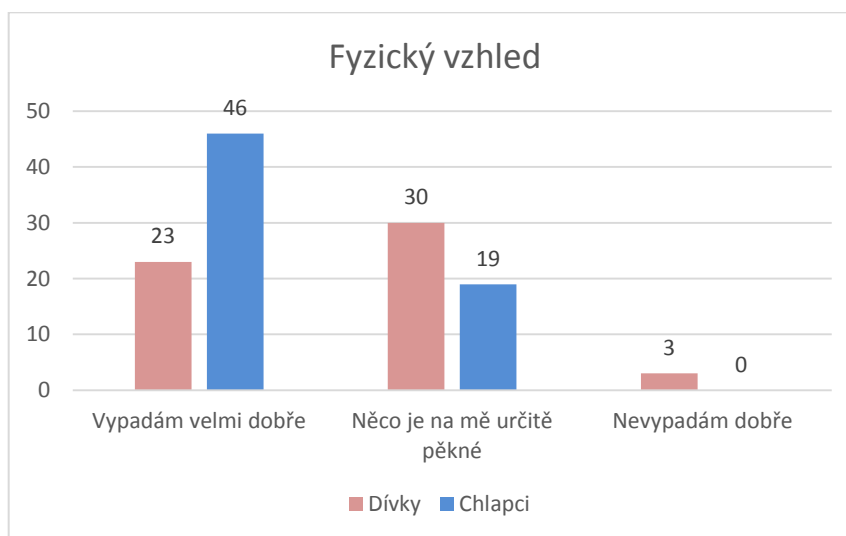
Jak vnímám svůj fyzický vzhled?

Z odpovědí respondentů je zjevné, že v období dospívání mají, v tomto směru, větší sebevědomí chlapci než dívky. Celých 69,23 % dotazovaných chlapců o sobě říká, že vypadá dobře, u dívek je to 41,07 %. Ani dívky se ale nepovažují zcela za ošklivé, až na výjimky, které tvoří pouze 5,36 %, což je opět zanedbatelné množství z celku. Dívky jsou spíše ve výrocích o svém vzhledu opatrnější a uvádí v 53,57 %, že na nich něco pěkného je. Chlap-

ci tuto možnost zvolili ve 29,23 %, přičemž za ošklivého se nepovažuje ani jeden. Tyto výsledky vypovídají o tom, že dívky svůj vzhled řeší mnohem více než chlapci.

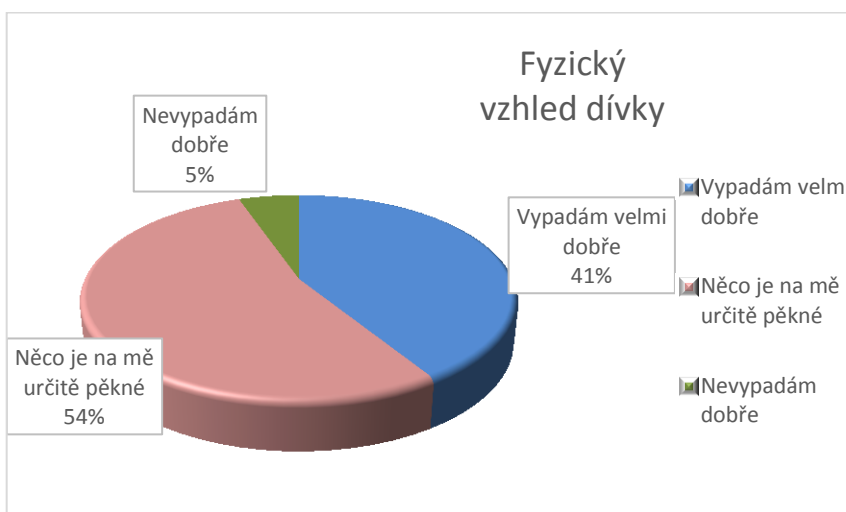
Grafy níže znázorňují vnímání svého fyzického vzhledu nejprve jako srovnání u jednotlivých pohlaví, dále u dívek a chlapců zvlášť, a pak celkem za všechny respondenty bez ohledu na pohlaví.

Graf 16. Vnímání fyzického vzhledu dle pohlaví



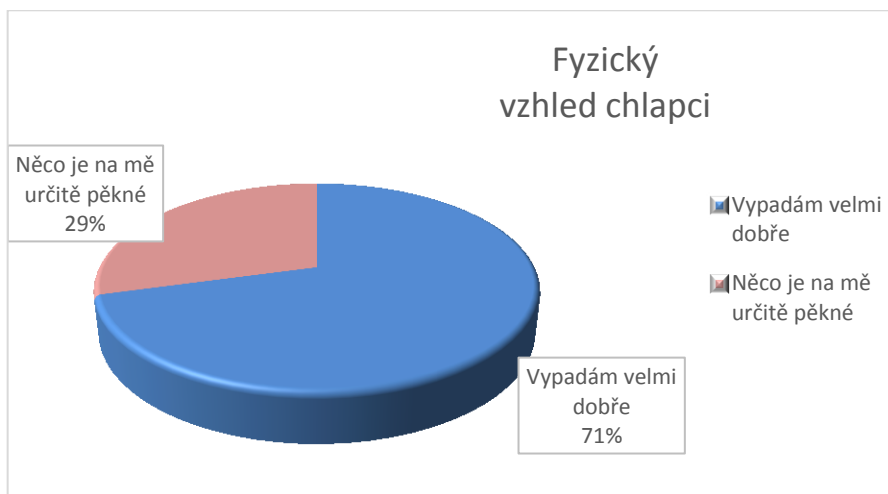
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17. Vnímání fyzického vzhledu dívky



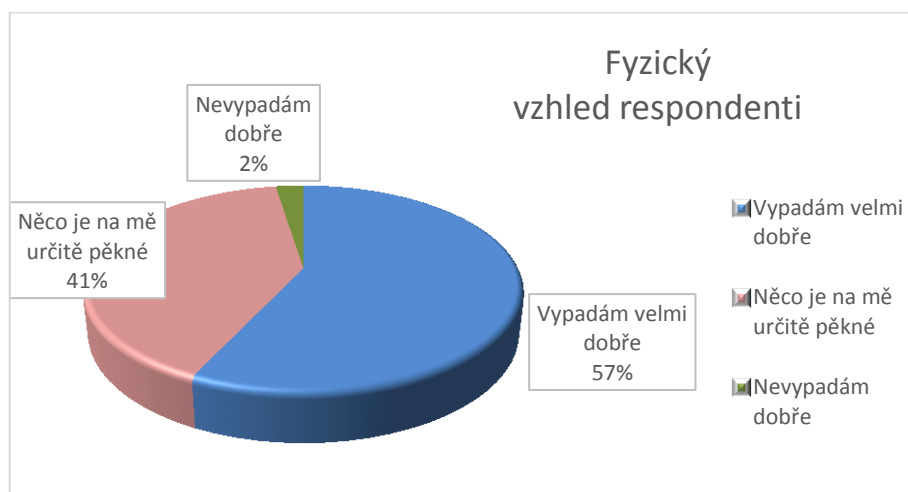
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 18. Vnímání fyzického vzhledu chlapci



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 19. Vnímání fyzického vzhledu všech respondentů celkem



Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 6.

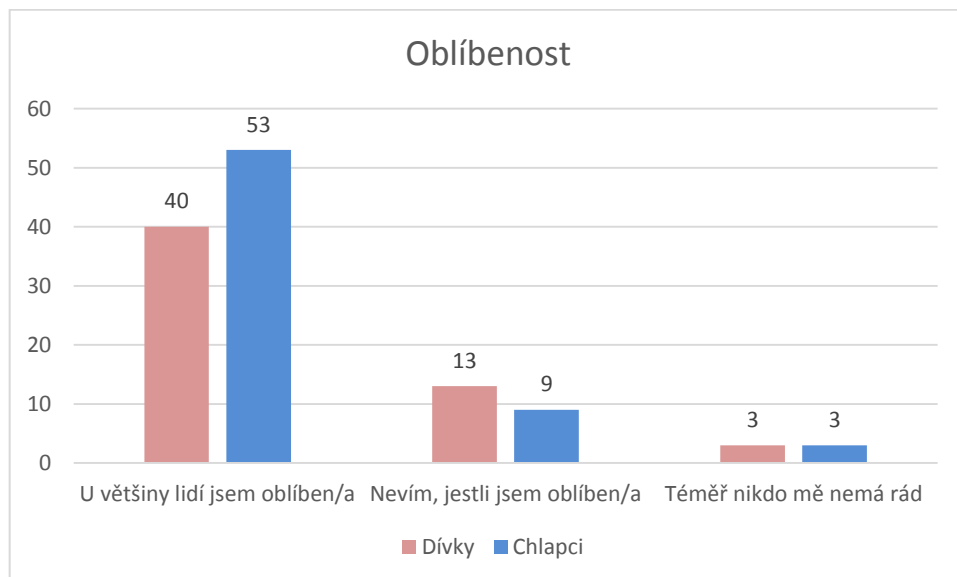
Jak vnímám svoji oblíbenost?

Převážná většina dívek i chlapců se domnívá, že je u ostatních oblíbená. Jde o 71,43 % dospívajících dívek a 81,54 % dospívajících chlapců. 23,21 % dívek a 13,85 % chlapců si není zcela jisto, zda jsou oblíbeni a pouze 5,36 % dívek a 4,62 % chlapců uvádí, že mají

pocit, že je nemá rád nikdo. Toto věkové období je typické pro střídání nebo vymezení buď pozitivních nebo negativních postojů ke svému okolí, a to v souvislosti na momentální situaci nebo pozici v kolektivu. Tato zpětná vazba je velmi důležitá, protože na základě ní si člověk utváří vztah sám k sobě a učí se reagovat na pozitivní i negativní projevy okolí.

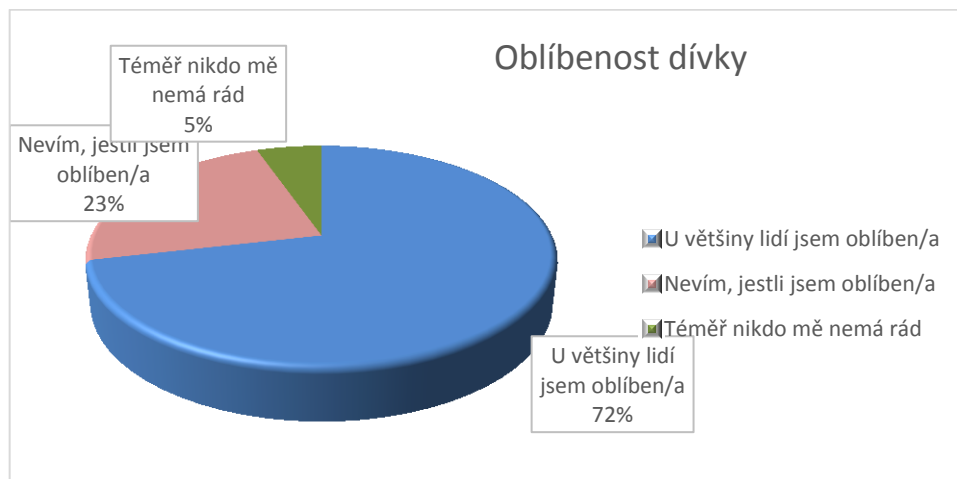
Níže je přehledně zobrazeno, jak vnímá svou oblíbenost jednotlivé pohlaví dospívajících, dále pak chlapci a dívky zvlášť, kde jsou znázorněny jednotlivé odpovědi graficky.

Graf 20. Vnímání vlastní oblíbenosti u ostatních



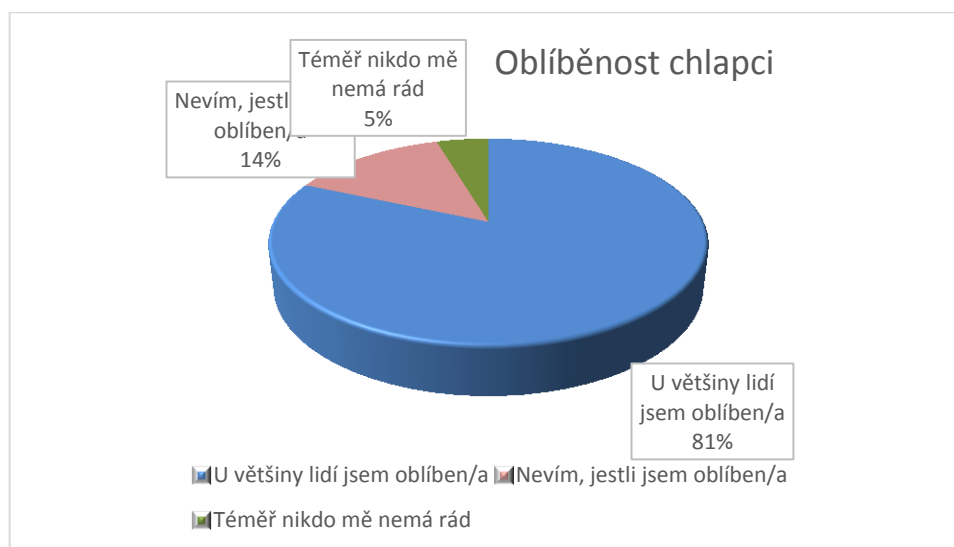
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 21. Vnímání vlastní oblíbenosti u ostatních z pohledu dívek



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 22. Vnímání vlastní oblíbenosti u ostatních z pohledu chlapců



Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky dotazníkových položek 7 až 9 – Rodinné zázemí

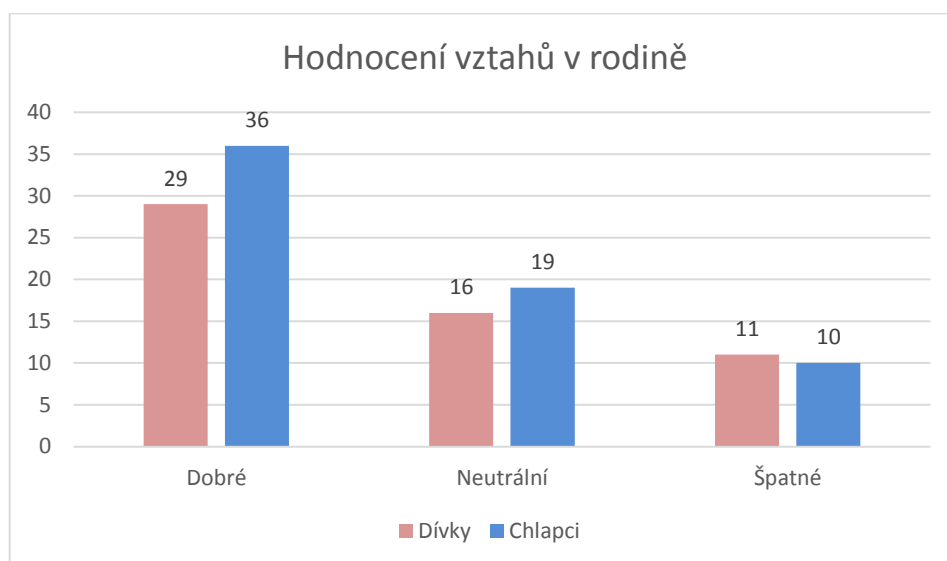
Rodinné zázemí je jeden ze stěžejních faktorů pro duševní pohodu člověka. Je to místo, kam chodíme relaxovat a ukrýváme se před každodenními problémy běžného života. Člověk by na takovém místě měl mít podporu a pochopení od ostatních členů. Pokud takové zázemí nemá, hůře se potýká s potížemi okolního světa, které mají vliv na jeho psychiku. Následující tři otázky jsou zaměřeny na tuto oblast.

Vyhodnocení položky č. 7.

Jaké vztahy jsou v mé rodině?

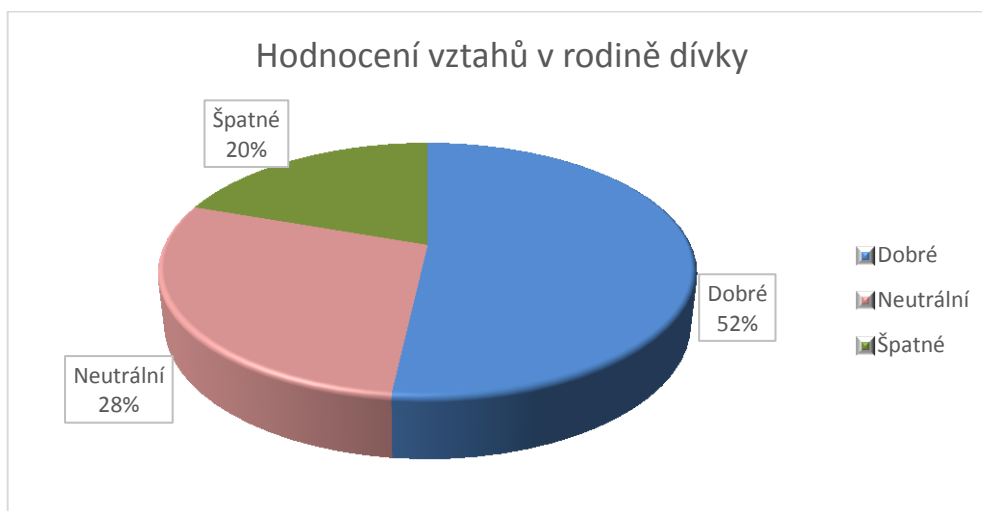
Na tuto otázku odpovědělo 55,38 % chlapců, že mají vztahy v rodině dobré, děvčat o něco méně 51,79 %. Neutrální vztahy v rodině vnímají dívky v 28,57 % a chlapci ve 29,23 %, což je téměř vyrovnaný výsledek. Jako špatné, vztahy v rodině považuje 19,64 % dívek a 15,38 % chlapců. Níže je grafické znázornění.

Graf 23. Vztahy v rodině dle pohlaví



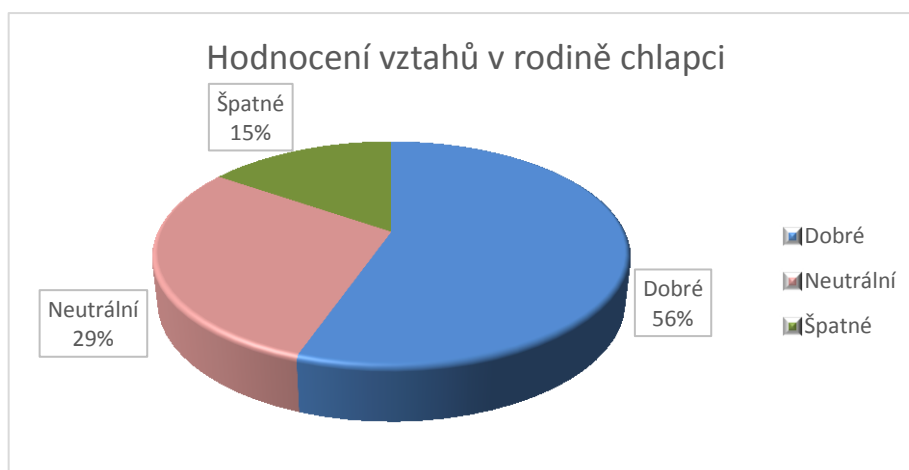
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 24. Vztahy v rodině dívky (relativní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 25. Vztahy v rodině chlapci (relativní četnost)



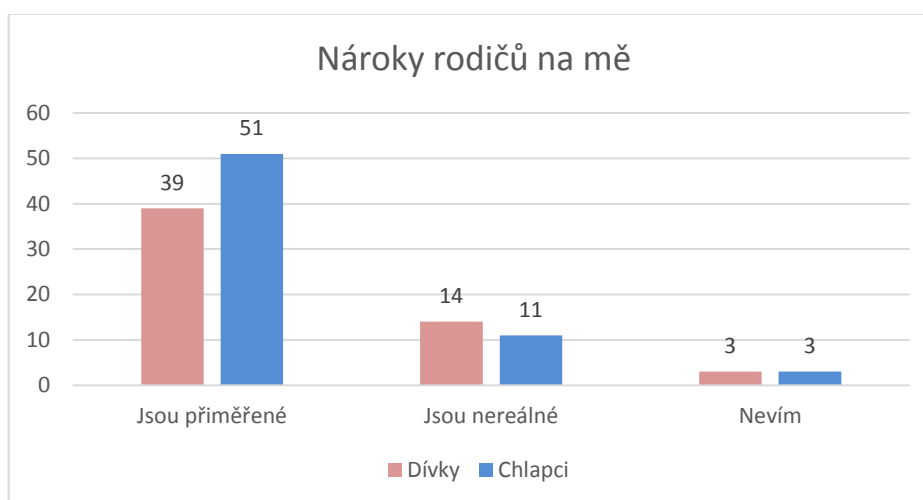
Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 8.

Nároky rodičů na mě jsou:

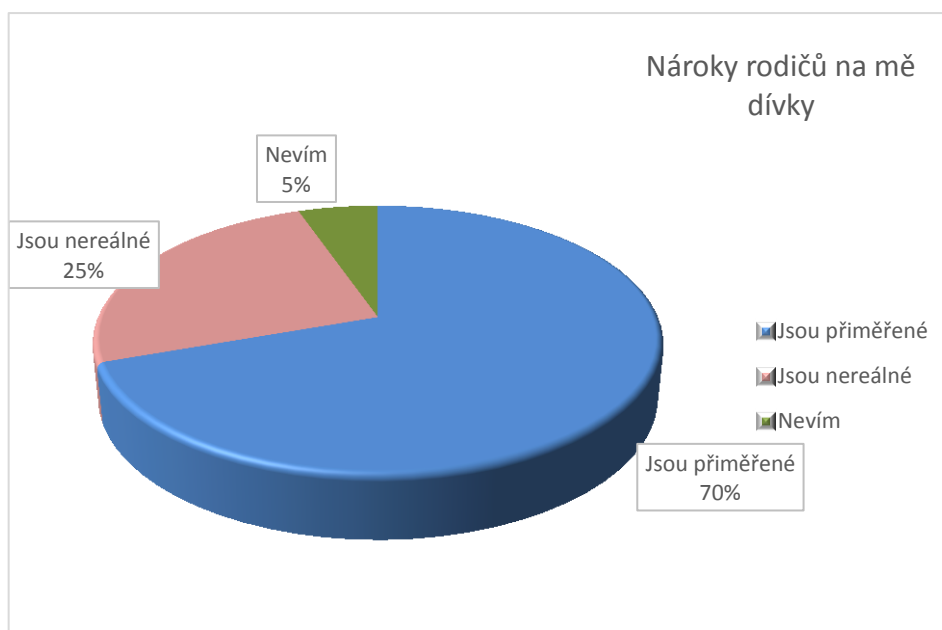
78,46 % chlapců považuje nároky rodičů za přiměřené. U dívek je to téměř o deset procent méně, 69,64 %. 5,36 % dívek a 4,62 % chlapců o tom buď nepřemýšlí, nebo nedokáže posoudit a 25 % dívek a 16,92 % chlapců nároky rodičů považují za nereálné. Výsledky naznačují, že na dívky jsou rodiče náročnější, nebo dívky vnímají náročnost svých rodičů citlivěji. K dobrání se podrobnějšího výsledku by bylo potřeba otázku více rozvést a dále zkoumat.

Graf 26. Vztahy v rodině chlapci



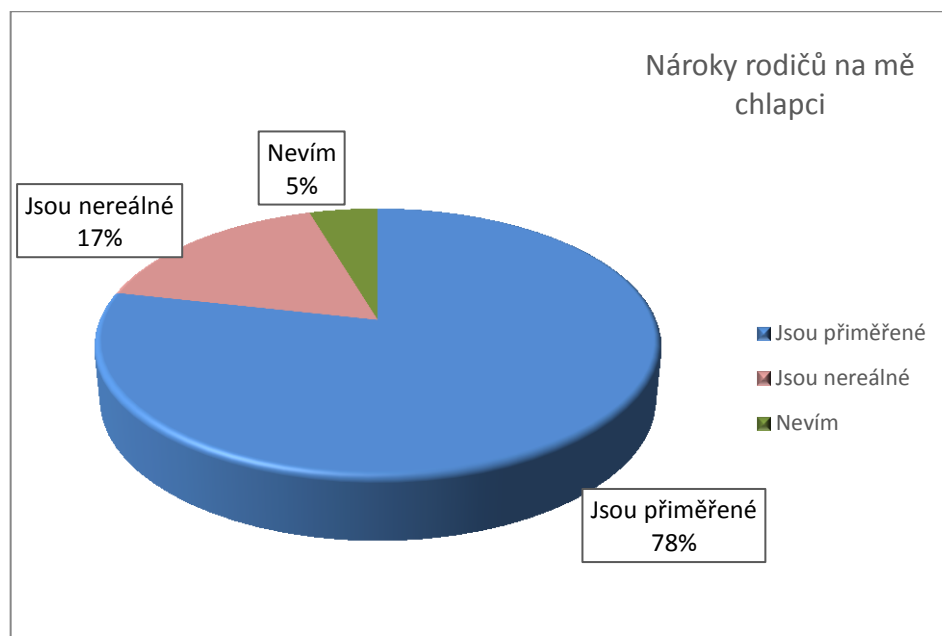
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 27. Nároky rodičů dívky (relativní četnost)



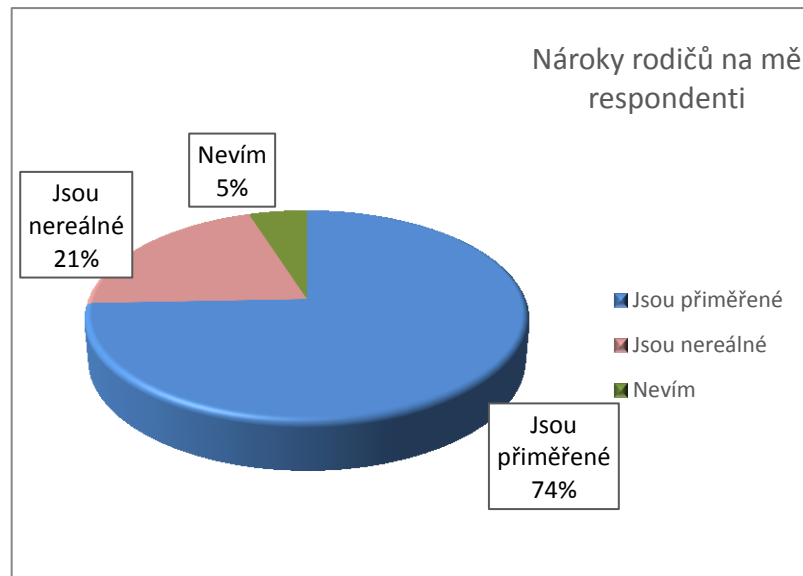
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 28. Nároky rodičů chlapci (relativní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 29. Nároky rodičů u všech respondentů celkem



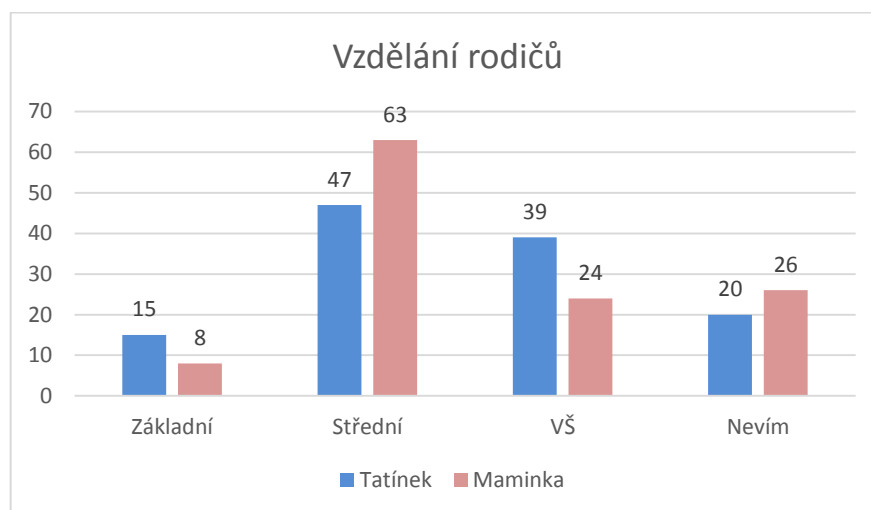
Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 9.

Jaké je vzdělání rodičů?

Otázka na vzdělání rodičů je spíše doplňující k předešlým dvěma, které se týkají rodinné atmosféry a nároků na dítě, aby případně dokreslila, zda výsledky souvisí se vzděláním rodičů nebo ne.

Graf 30. Vzdělání rodičů (absolutní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

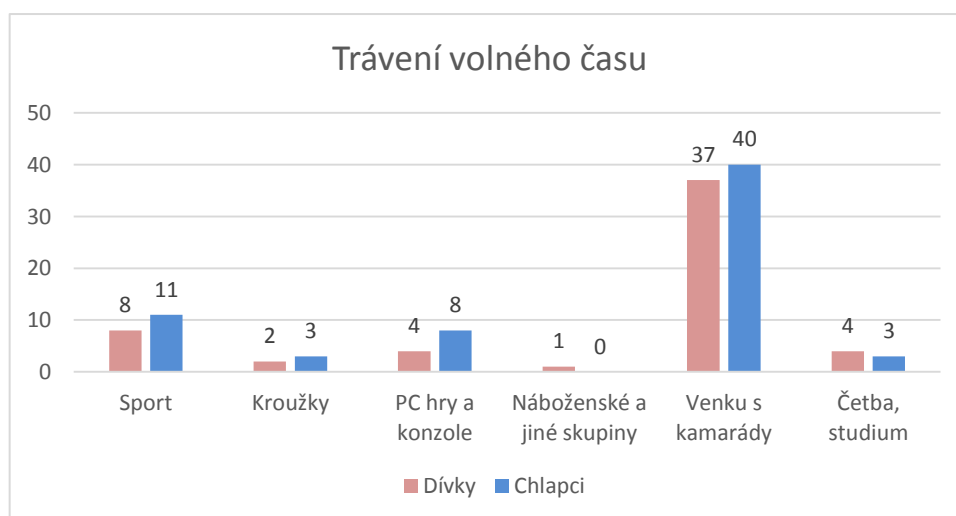
Výsledky dotazníkových položek 10 až 14 – Postoj k životu a vize do budoucna

Vyhodnocení položky č. 10.

Jak trávím nejraději svůj volný čas?

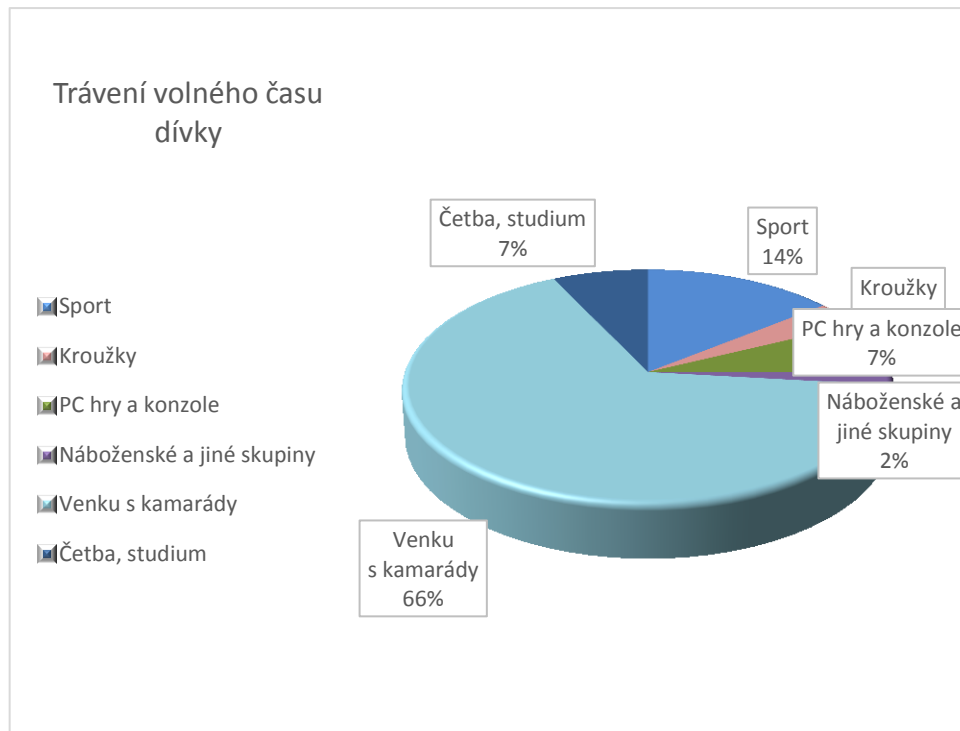
Do níže uvedené otázky byly začleněny aktivity dle předešlé konzultace s osobami stejného věku. Výsledek nám měl ukázat, jakým způsobem a v jakém poměru dospívající tráví svůj čas, zda aktivně či pasivně, což by mělo něco napovědět o jejich přístupu k životu. Nejčetnější odpověď byla u dívek i u chlapců, venku s kamarády. Dívky tuto možnost uvedly v 66,07 % a chlapci v 61,54 %, tedy v obou případech více než polovina. Protože nebyla blíže specifikována skupina, se kterou se stýkají, není možno na základě této otázky přesněji určit, zda se jedná o odpověď pozitivní nebo negativní. Další nejpočetnější odpověď byla opět u obou pohlaví „sport“, ale počty byly významně nižší než „kamarádi venku“. Potom následovala, především u chlapců hra na PC nebo herní konzole, a to 12,31 %, u dívek tato odpověď představovala 7,14 %. Stejně procento uvedly dívky i u četby knih, chlapci uvedli, že čtou knihy v 4,62 %. Poslední volnočasová aktivita představuje náboženství, kterou neuvedl téměř nikdo. U chlapců byl počet 0 a u dívek 1,79 %. Kroužky byly uvedeny v poměrně nízkém počtu a pouze u dětí na ZŠ. U těchto dětí se také objevila většina odpovědí týkajících se sportu, což by mohlo znamenat, že se tyto dvě odpovědi překrývají. Dívky tuto odpověď uvedly v 3,57 % a chlapci v 4,62 %.

Graf 31. Volnočasové aktivity dle pohlaví (absolutní četnost)



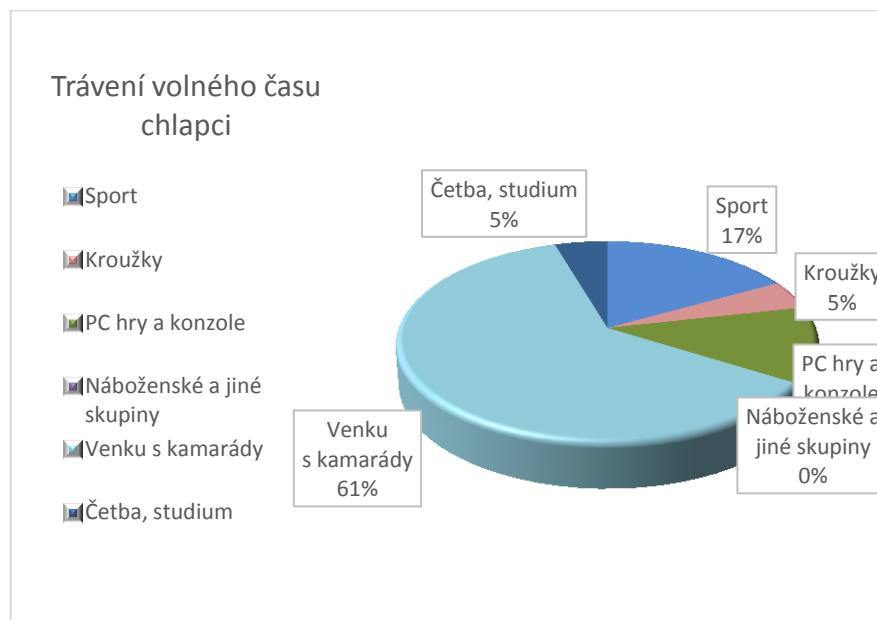
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 32. Volnočasové aktivity u dívek



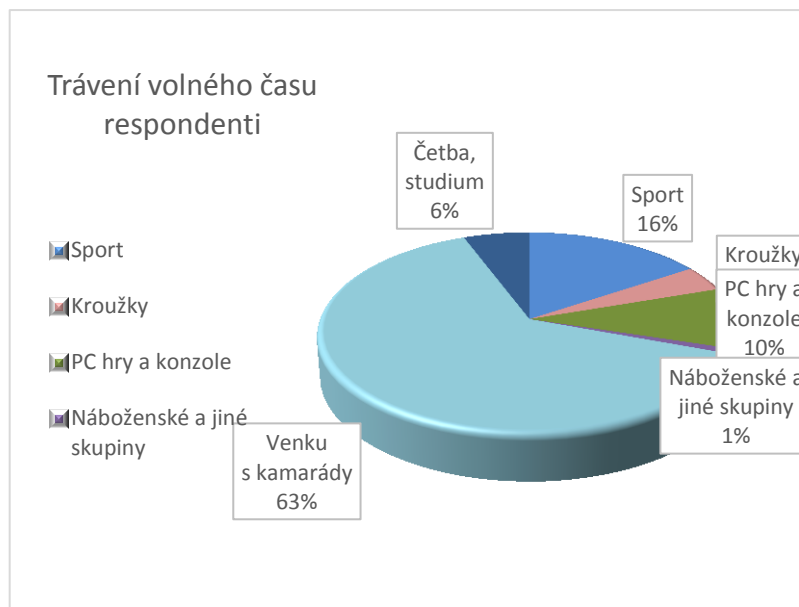
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 33. Volnočasové aktivity u chlapců



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 34. Volnočasové aktivity u chlapců



Zdroj: vlastní výzkum

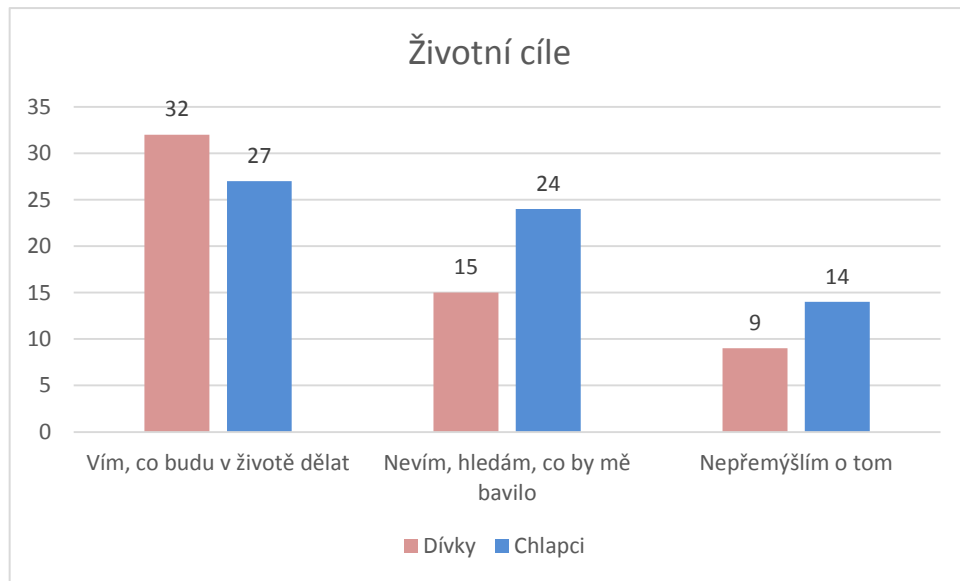
Vyhodnocení položky č. 11.

Jaký je můj postoj k životním cílům?

Postoj k životním cílům nepředstavuje jasný plán jednotlivce, ale spíše pozitivní pohled do budoucna, což by se s depresivními příznaky téměř vylučovalo. O své budoucnosti má konkrétní představu více než polovina dívek 57,14 % a téměř polovina chlapců 41,54 % a 26,79 % dívek a 36,92 % chlapců o ní zatím ještě přemýšlí. Z těchto čísel vyplývá, že větší část respondentů budoucnost zajímá, s tím že dívky mají o budoucnosti jasnější představu. 16,07 % dívek a 21,54 % chlapců uvedlo, že o budoucnosti nepřemýšlí. Celkově je výsledek této otázky pozitivní.

Graf 35. ukazuje rozložení absolutní četnosti v souvislosti s plánováním budoucnosti u dívek a chlapců. V dalších grafech pak podrobněji relativní četnost dle jednotlivých dotazů a následně u všech respondentů celkem.

Graf 35. Postoj k životním cílům dle pohlaví (absolutní četnost)



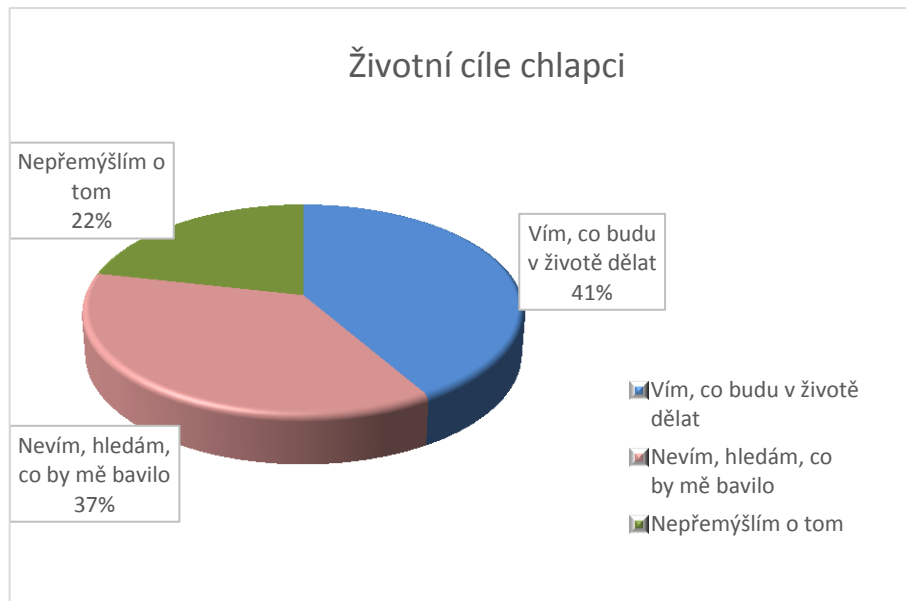
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 36. Postoj k životním cílům u dívek (relativní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 37. Postoj k životním cílům u chlapců (relativní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 38. Postoj k životním cílům u všech respondentů (relativní četnost)

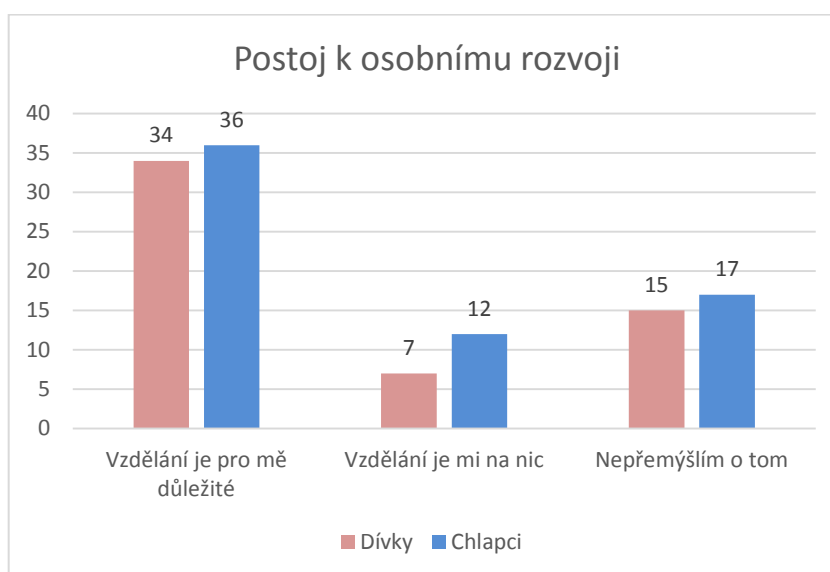


Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 12.***Jaký je můj postoj k osobnímu rozvoji?***

Tato otázka opět souvisí s vizí do budoucna. Studium je investice do své vlastní budoucnosti. Jako důležité vidí vzdělání 60,71 % dívek a 55,38 % chlapců. Téměř vyrovnaný počet respondentů o tom nepřemýšlí, 26,79 % dívek a 26,15 % chlapců. 12,50 % dívek a 18,46 % vzdělání nepovažuje za důležité.

Graf 39. Postoj k osobnímu rozvoji dle pohlaví (absolutní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 40. Postoj k osobnímu rozvoji u dívek (relativní četnost)



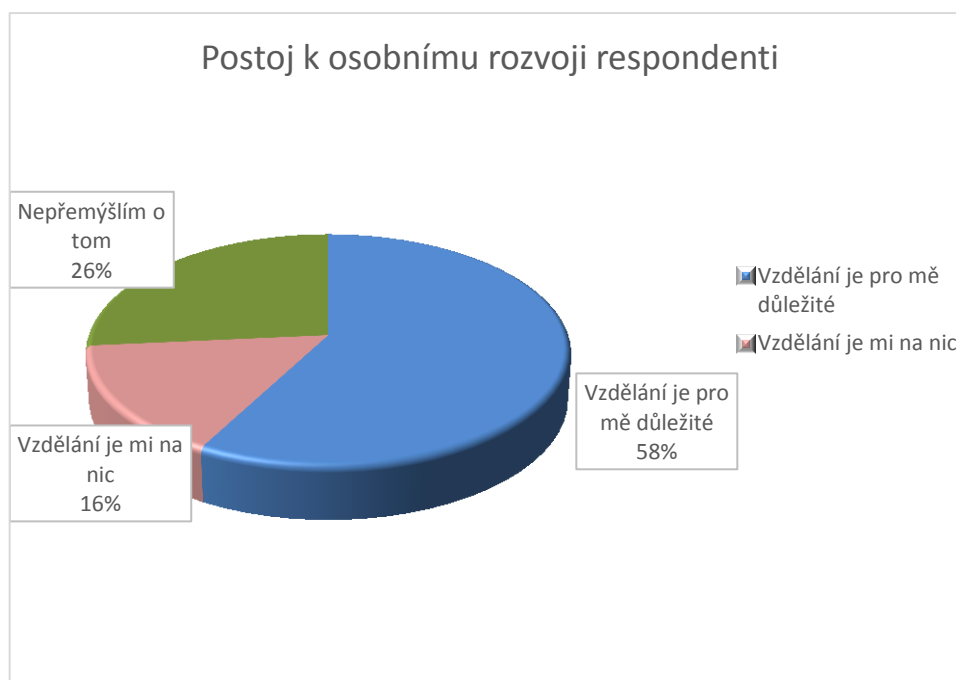
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 41. Postoj k osobnímu rozvoji u chlapců (relativní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 42. Postoj k osobnímu rozvoji u respondentů celkem



Zdroj: vlastní výzkum

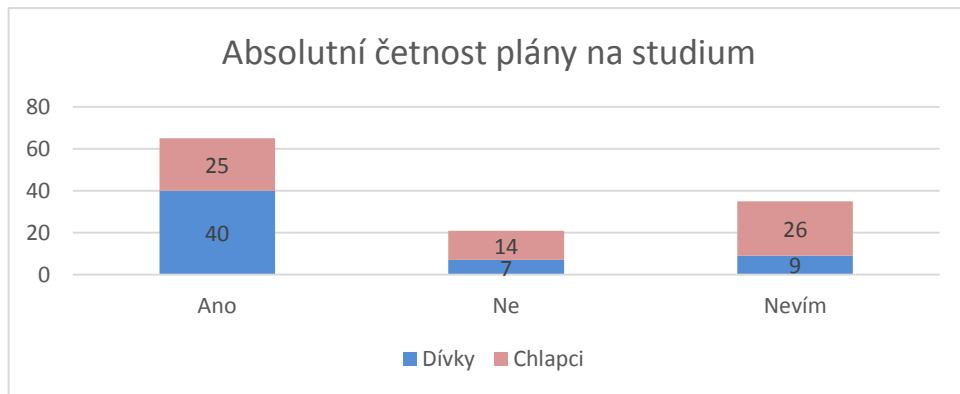
Vyhodnocení položky č. 13.

Plánuji do budoucna studium na VŠ?

Otázka plánů studia do budoucna nebyla myšlena ani tak z pohledu, zda mladiství skutečně jednou dále studovat budou, ale spíše z pohledu, jaké vyhlídky a ambice v tuto chvíli mají. Jak bylo popsáno v teoretické části, lidé postižení depresivním onemocněním jsou spíše apatičtí, bez zájmu a plánovat budoucnost moc nejsou schopni. V otázce plánování vzdělání do budoucna, vedou výrazně dívky, které jsou zřejmě v tomto věku cílevědomější. Je to celých 71,43 %. Chlapců s těmito plány je pouze 38,46 %. U možnosti, kde je uvedeno, že se studiem do budoucna respondenti nepočítají, jsou zase v převaze chlapci, kterých tuto možnost zvolilo 21,54 % a dívek téměř o polovinu méně, a to 12,50 %. Významně více chlapců ale ještě v této otázce nemá, oproti děvčatům zcela jasno. Jestli bude dále studovat, není rozhodnuto 40,00 % chlapců a pouze 16,07 % dívek.

Graf lépe znázorňuje rozdíl mezi dívkami a chlapci, které je u této položky markantní.

Graf 43. Přehled studentů podle plánů studia do budoucna



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 44. Plán studia do budoucna u dívek



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 45. Plán studia do budoucna u chlapců



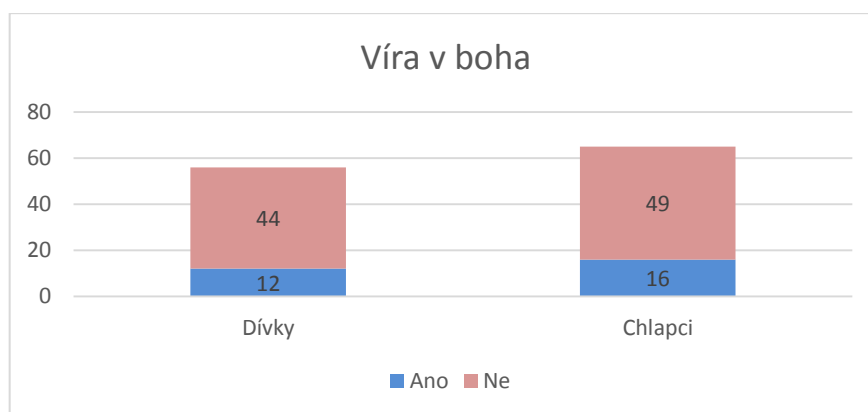
Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č. 14.***Jste věřící?***

Otázka náboženství a víry byla vybrána z důvodu, že věřící lidé mají někoho, komu se svě-
řují, a kdo nabízí rozřešení a pomoc. Jak je známo, víra má velký vliv i na uzdravení se,
řešení problémů, sebejistotu, sebedůvěru... Víra má velkou sílu, která člověku může
v mnoha směrech poskytnout životní oporu a naději do budoucna. Z dotazníkového šetření
vyplývá, že přibližně čtvrtina respondentů je věřících, z toho o 4 % více chlapců.

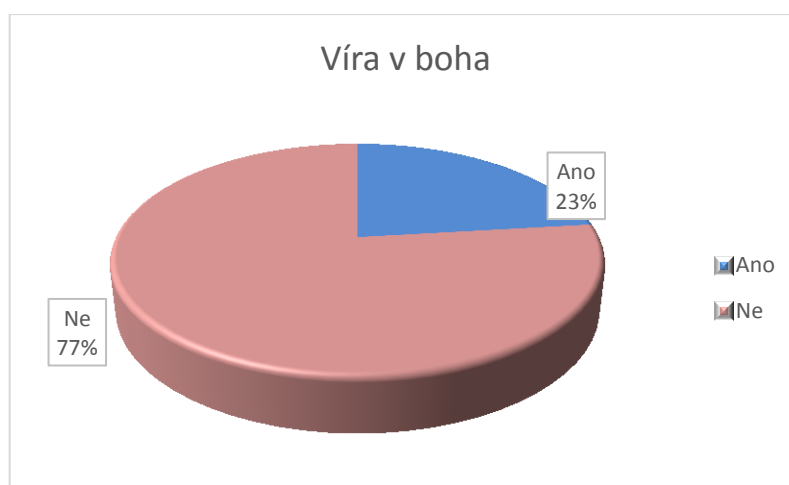
V grafu 46. je přehledně znázorněno vyznání u chlapců i dívek a vyplývá z něj, že tento jev
je u obou pohlaví překvapivě vyrovnaný.

Graf 46. Věřící dle pohlaví (absolutní četnost)



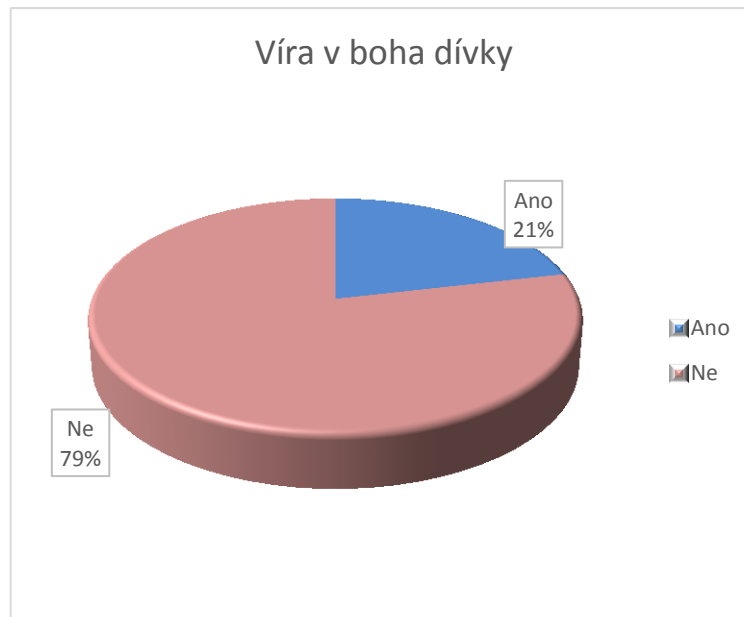
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 47. Rozdělení všech respondentů dle víry (relativní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 48. Rozdělení dívek dle víry (relativní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 49. Rozdělení chlapců dle víry (relativní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky dotazníkových položek 15 až 20 – Sklony k depresi

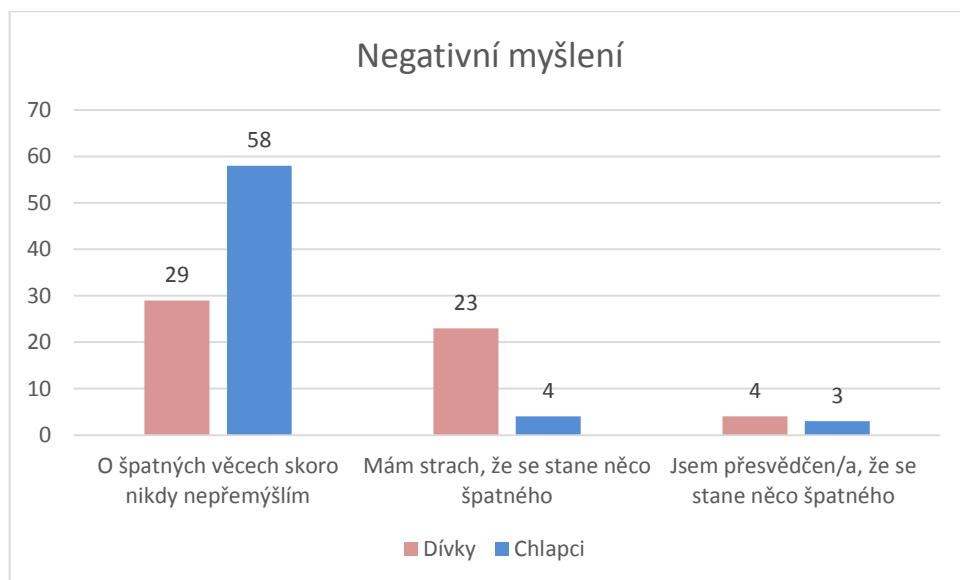
Poslední tematický okruh je tvořen položkami, které mají blíže upřesnit pocity respondentů a ukázat, zda se u nich projevují sklony k depresím, případně v jaké míře.

Vyhodnocení položky č. 15.***Jak často přemýšlím negativně?***

Z odpovědí bylo zjištěno, že o špatných věcech přemýšlí zejména dívky. Šetřením vyplynulo, že 52 % dotazovaných dívek o špatných věcech nepřemýšlí skoro nikdy. Přesto, jsou dívky mnohem úzkostlivější, což ukazuje 41 % obávajících se a 7 % přesvědčených, že se stane něco špatného.

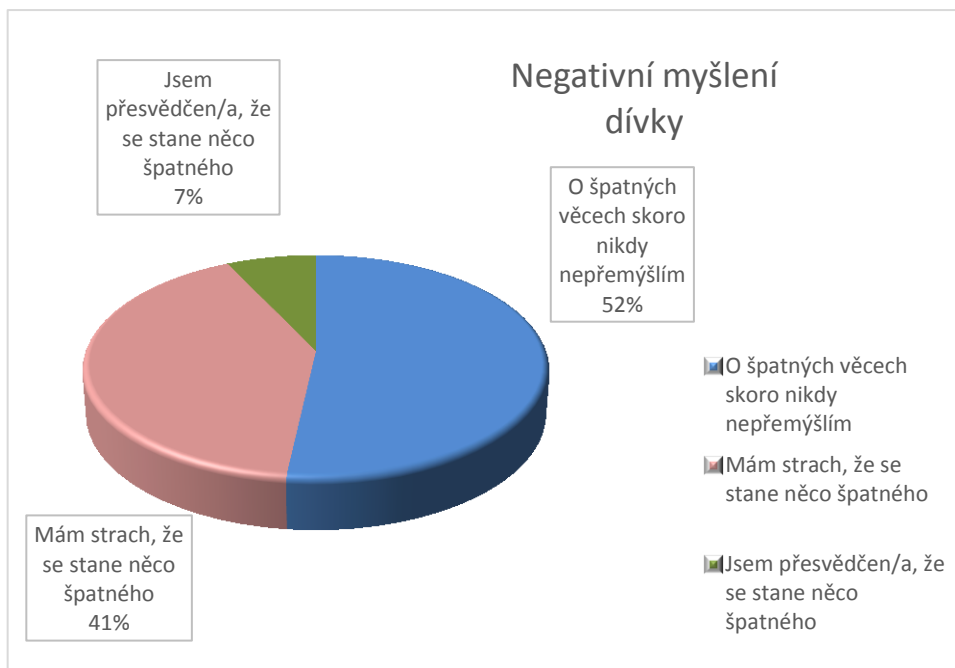
U chlapců je počet celých 89 % těch, co negativně nad obavami nepřemýšlí. Pouze 6 % chlapců má obavy občas. Podobné procento jako u dívek, i když nižší, a to 5 %, je přesvědčených, že se stane něco špatného.

Graf 50. Negativní myšlení dle pohlaví (absolutní četnost)



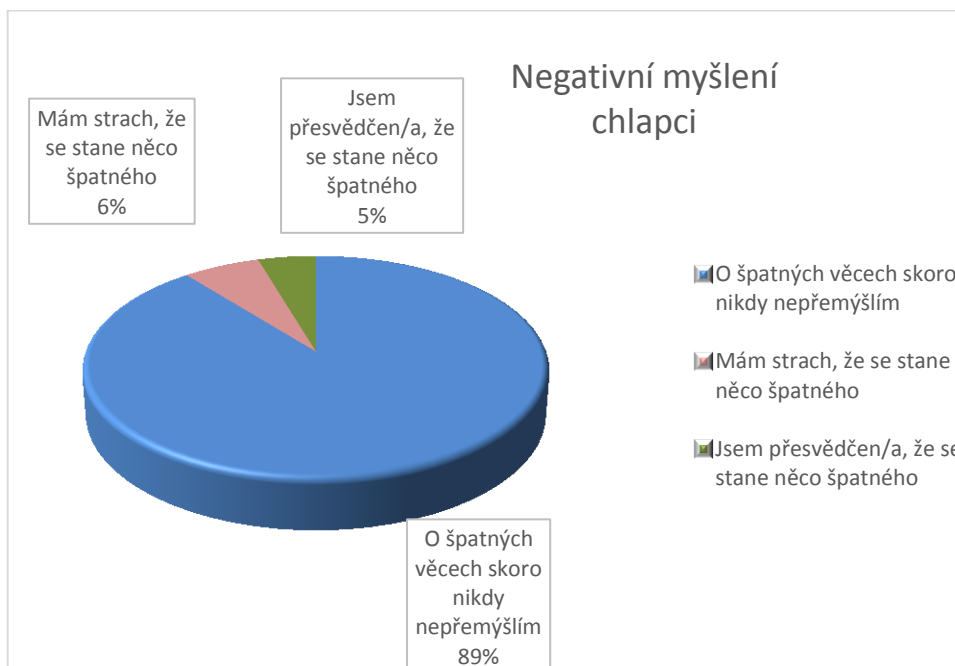
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 51. Negativní myšlení u dívek (relativní četnost)



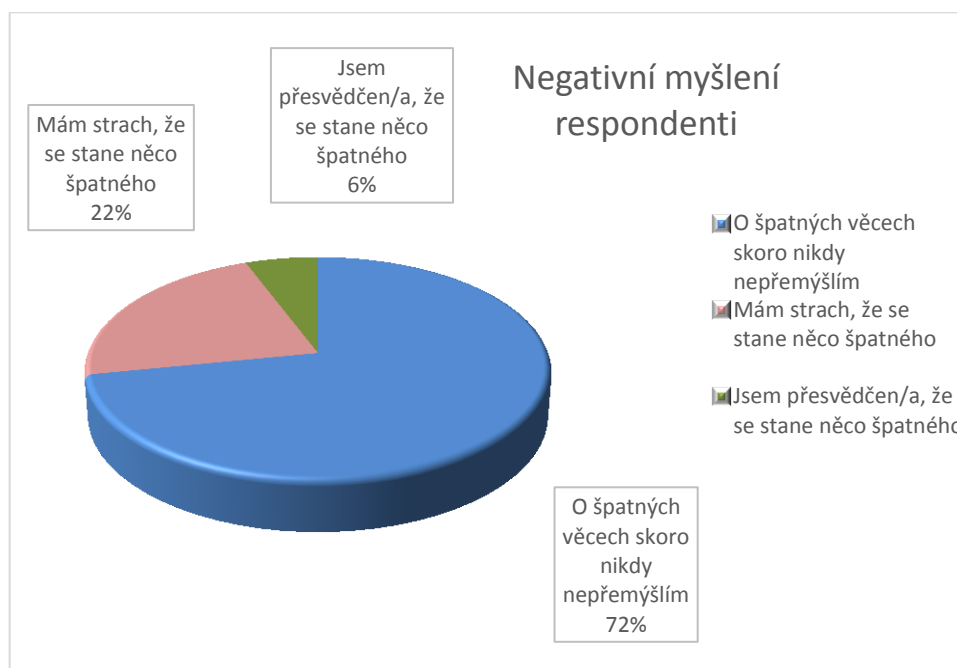
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 52. Negativní myšlení u chlapců (relativní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 53. Negativní myšlení u všech respondentů (relativní četnost)



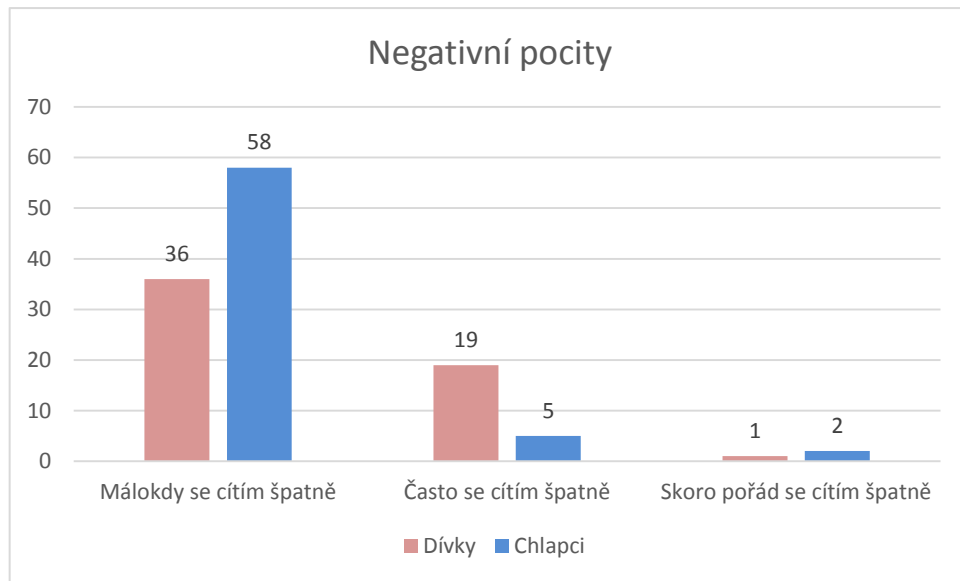
Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č 16.

Jak se cítím?

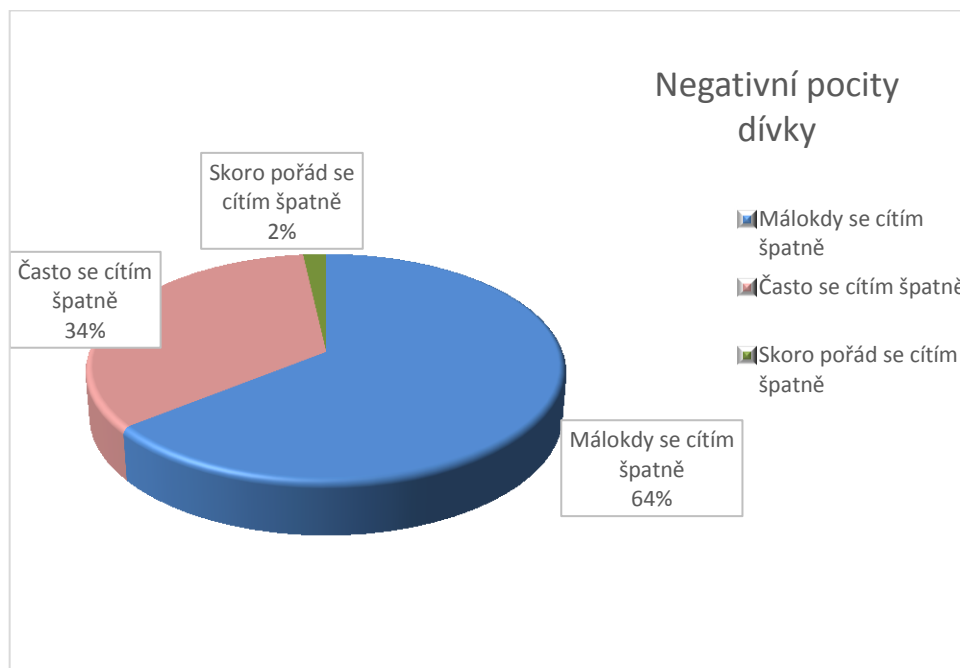
U této otázky byl zaznamenán výrazně pozitivní výsledek u chlapců, u kterých bylo zaznamenáno 89 % odpovědí, které představují pozitivní pocity. U dívek šlo o 64 %. Ještě výraznější rozdíl je u odpovědi „Často se cítím špatně“, kdy kladně odpovědělo 34 % dívek, ale pouze 8 % chlapců. U negativních pocitů, kdy se respondenti měli cítit špatně, jsou odpovědi téměř vyrovnané, s tím že dívky jsou na tom o něco lépe. V obou případech je ale procento zanedbatelné. Výsledky mohou souviset s předešlou otázkou. Z následujících grafů je patrné, že své pocity řeší mnohem více dívky než chlapci.

Graf 54. Negativní pocity u všech respondentů dle pohlaví (absolutní četnost)



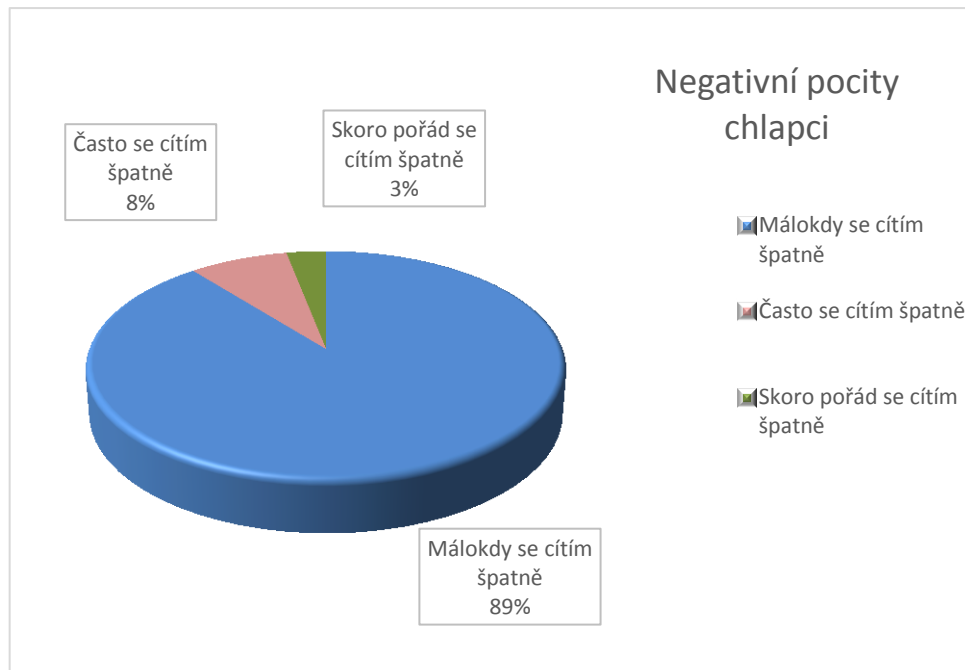
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 55. Negativní pocity u dívek (relativní četnost)



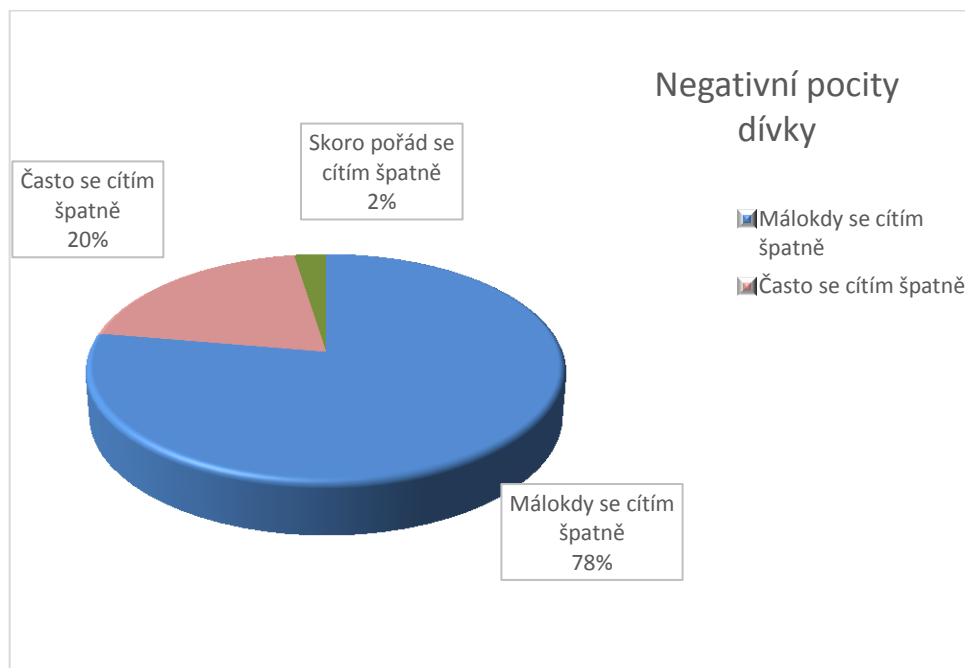
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 56. Negativní pocity u chlapců (relativní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 57 Negativní pocity u všech respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

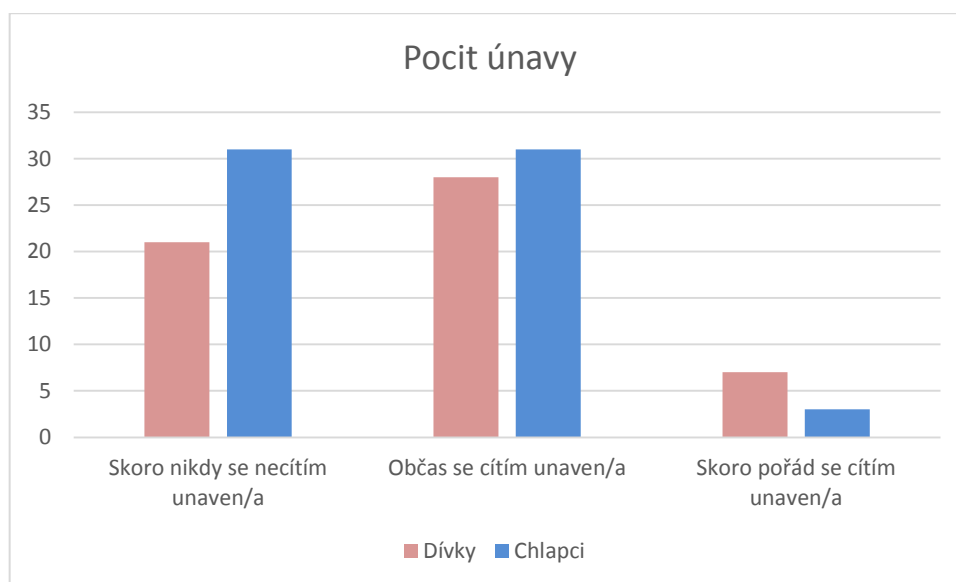
Vyhodnocení položky č. 17.

Jak často jsem unaven/a?

Deprese se, mimo jiné, vyznačuje také pocitem únavy, který se dostavuje velmi často nebo přetrvává téměř pořád. Předmětem šetření u této otázky bylo, zmapovat výskyt únavy mezi studenty. Z šetření vyplývá, že mezi chlapci i dívkami, kteří se cítí občas unaveni, není výrazný rozdíl a povinnost běžného života na ně mají prakticky stejný dopad. Dívky 50 % a chlapci 48 %. Větší rozdíl je u těch, kteří se necítí unaveni téměř nikdy. Dívky takto odpověděly 37 % a chlapců 48 %. Výraznější rozdíl je u odpovědi „Skoro pořád se cítím unaven/a, kdy počet dívek, které takto odpověděly je dvakrát vyšší než počet chlapců. Ovšem z celkového počtu respondentů, není rozdíl nijak markantní.

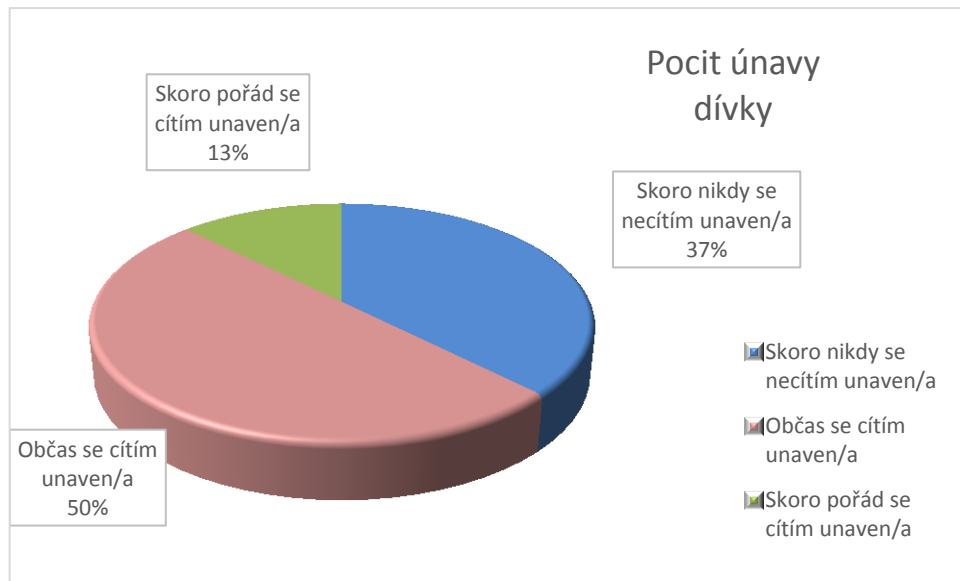
Graf níže opět znázorňuje pocity únavy chlapců i dívek a na první pohled je zřejmé, že o žádný výrazný rozdíl nejde. V dalších grafech je znázorněno každé pohlaví zvlášť. Tady už je v souvislosti z odpovědí vidět menší rozdíl a závěrečný graf k této otázce náleží srovnání pocitů únavy u všech respondentů celkem.

Graf 58. Pocit únavy u všech respondentů dle pohlaví (absolutní četnost)



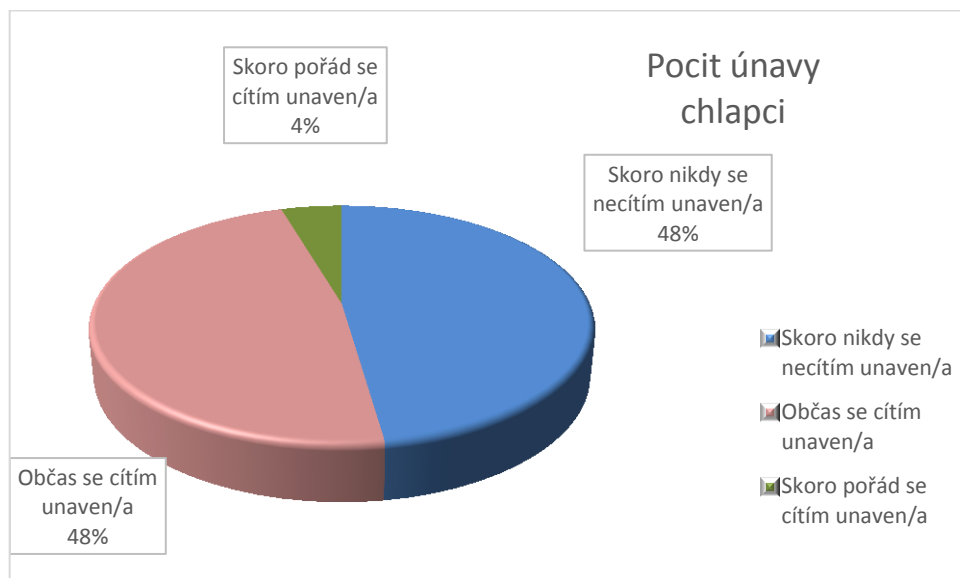
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 59. Pocit únavy u dívek (relativní četnost)



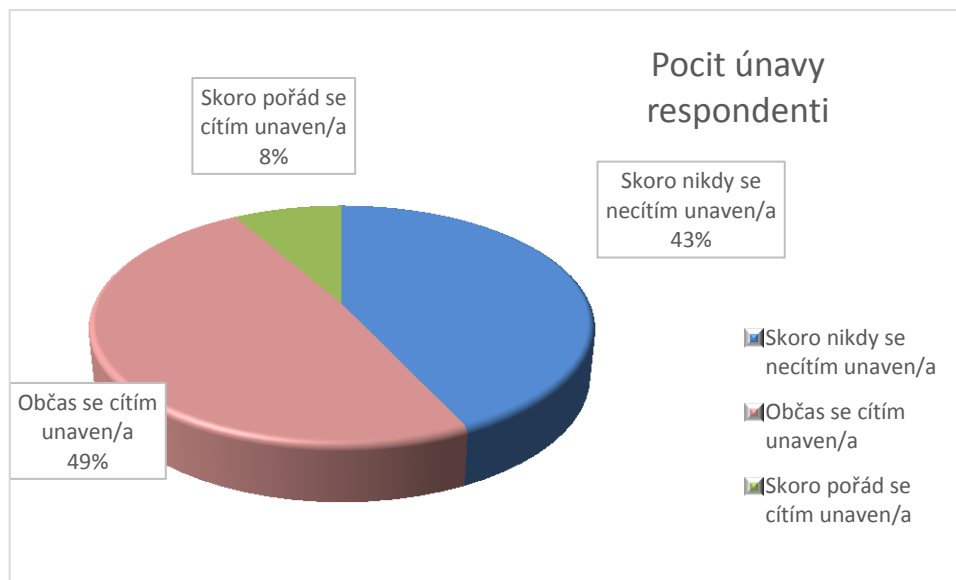
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 60. Pocit únavy u chlapců (relativní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 61. Pocit únavy u všech respondentů (relativní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

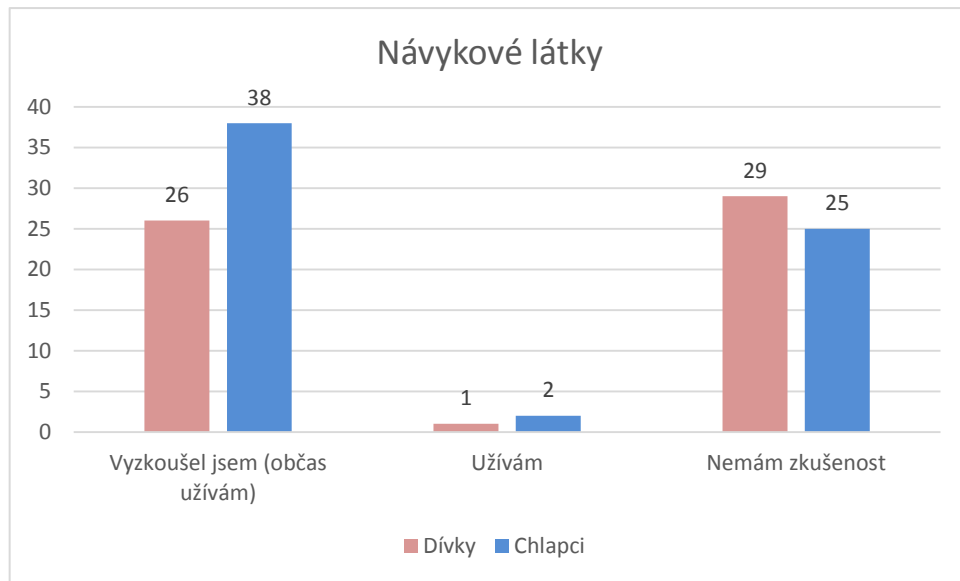
Vyhodnocení položky č. 18.

Jaký mám vztah k návykovým látkám?

Návykové látky jsou v současné době hodně probírané téma, zejména kvůli snazší dostupnosti s často fatálními následky, kdy nejvíce ohroženy jsou děti od 13 do 15 let, protože to je nejčastější věk, kdy mladiství do závislosti tzv. spadnou. Z respondentů, kteří dotazník vyplnili, se jednalo ale o celkem bezvýznamný počet, a to 2 % dívek a 3 % chlapců. Mladistvých, kteří zkušenost s příležitostným užíváním mají anebo alespoň jednou vyzkoušeli nějaký druh návykové látky je 46 % a 58 % chlapců, což je opět o něco více než u dívek. Naopak mezi těmi, kteří tuto zkušenost nemají, je 58 % u dívek a 38 % u chlapců, kdy je výsledek opačný.

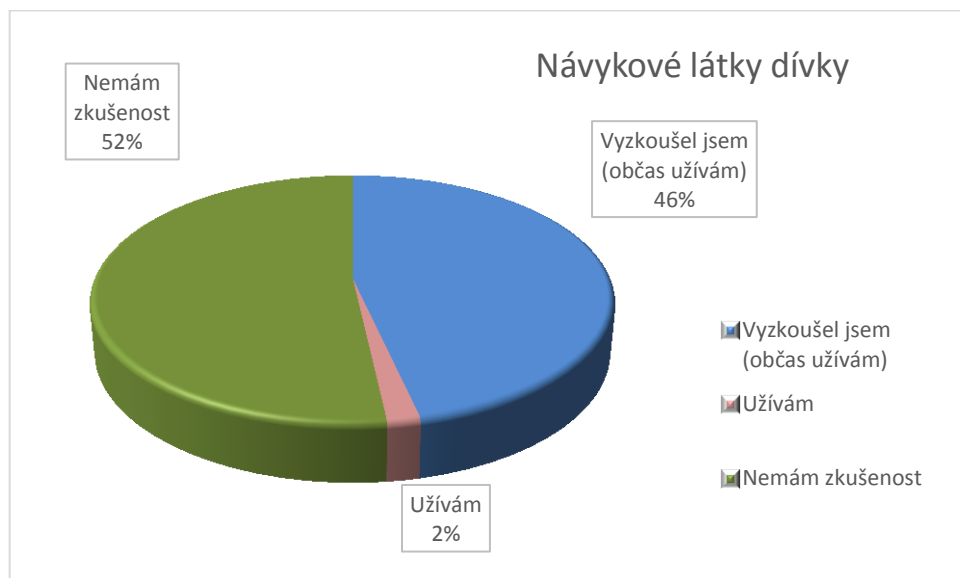
Výsledky rozdílů jsou opět zaznamenány v níže uvedených grafech dle pohlaví a u všech respondentů celkem.

Graf 62. Užívání návykových látek u všech respondentů dle pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 63. Užívání návykových látek u dívek (relativní četnost)



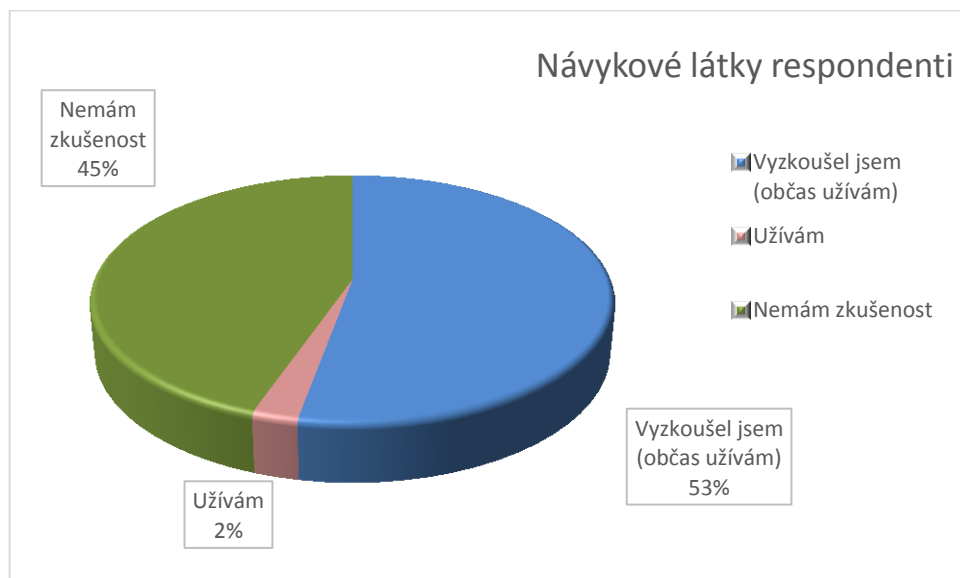
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 64. Užívání návykových látek u chlapců (relativní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 65. Užívání návykových látek u všech respondentů (relativní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

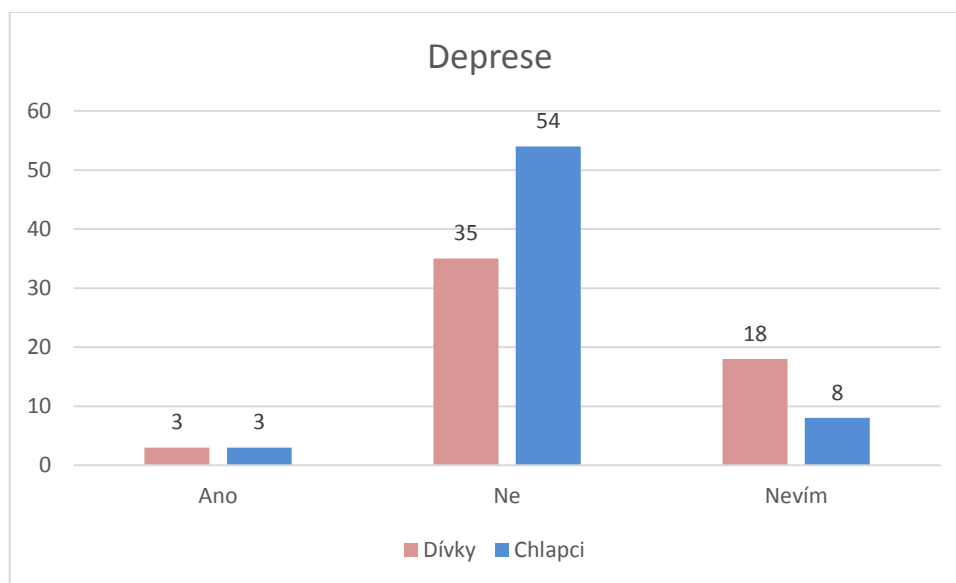
Vyhodnocení položky č. 19.

Myslíte, že míváte deprese? (viz definice v dotazníku)

Sklony k depresím uvedlo 5,36 % dívek, u chlapců je o něco méně, 4,62 % (viz. grafy č. 66 až 69). Výsledek sice odpovídá výsledkům výzkumů, že dívky mají větší sklony k depresi, tady ale nejde o žádný významný rozdíl. Ten se projevuje až v dalších možnostech odpovědí, kdy celých 83 % chlapců uvádí, že na sobě nepocítují žádné příznaky depresí, u dívek je to výrazně méně 62 %. Totéž platí pro možnost nevím, kde si respondenti nejsou jistí, což může deklarovat, že nějaké příznaky zřejmě pocítují. U chlapců je to 12 % a u dívek 32 %.

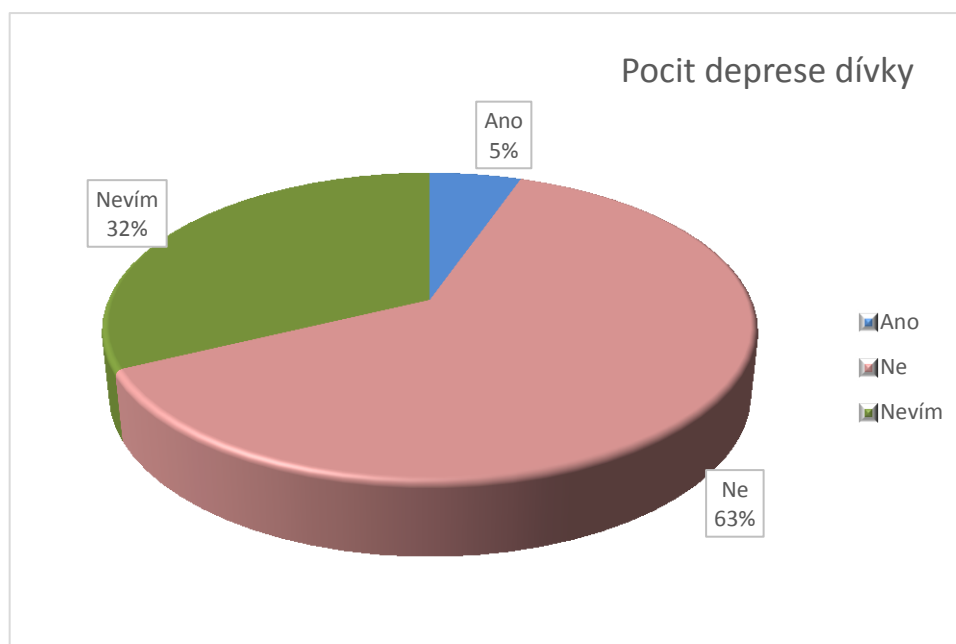
Graf níže přehledně znázorňuje téměř stejné výsledky u sklonů k depresím, ale výrazné rozdíly u zbývajících odpovědí, kdy sklony k depresi buď nepocítují, nebo si nejsou zcela jistí. Pro přehled je ještě graficky zaznamenán výskyt zvlášť u každého pohlaví a u všech respondentů celkem.

Graf 66. Depresivní pocity u všech respondentů dle pohlaví (absolutní četnost)



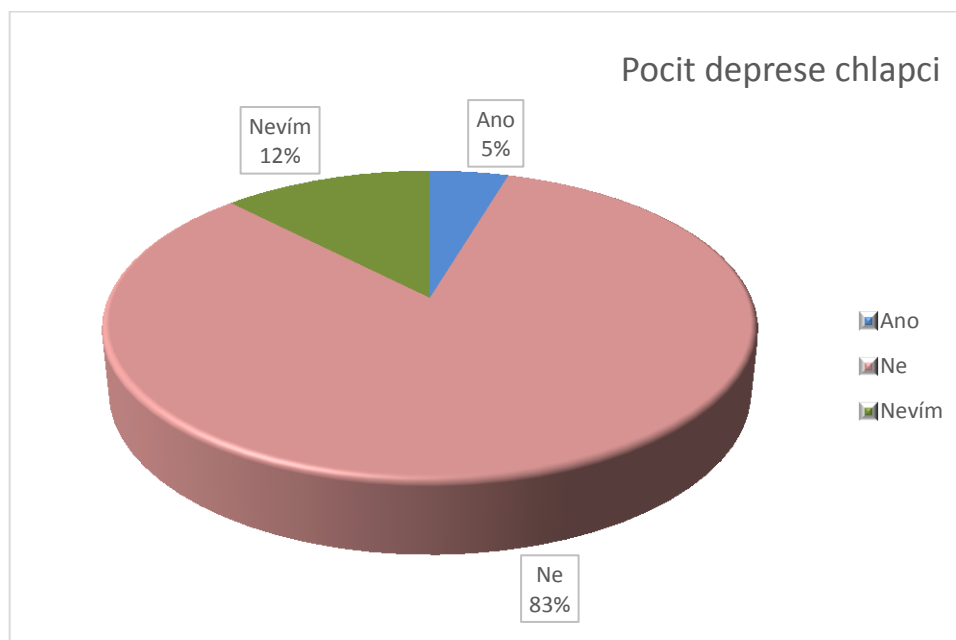
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 67. Depresivní pocity u dívek (relativní četnost)



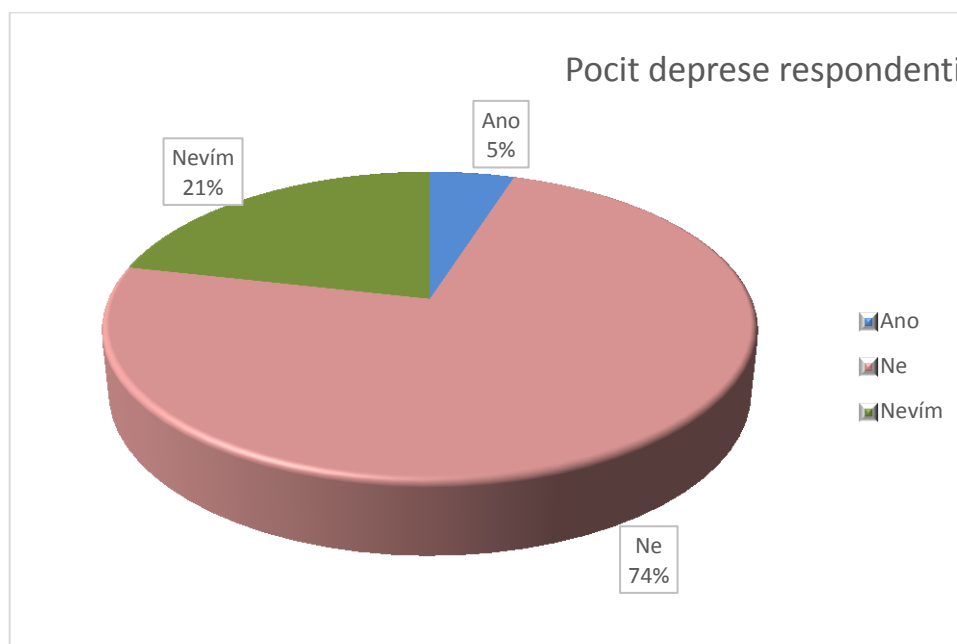
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 68. Depresivní pocity u chlapců (relativní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 69. Depresivní pocity u všech respondentů (relativní četnost)



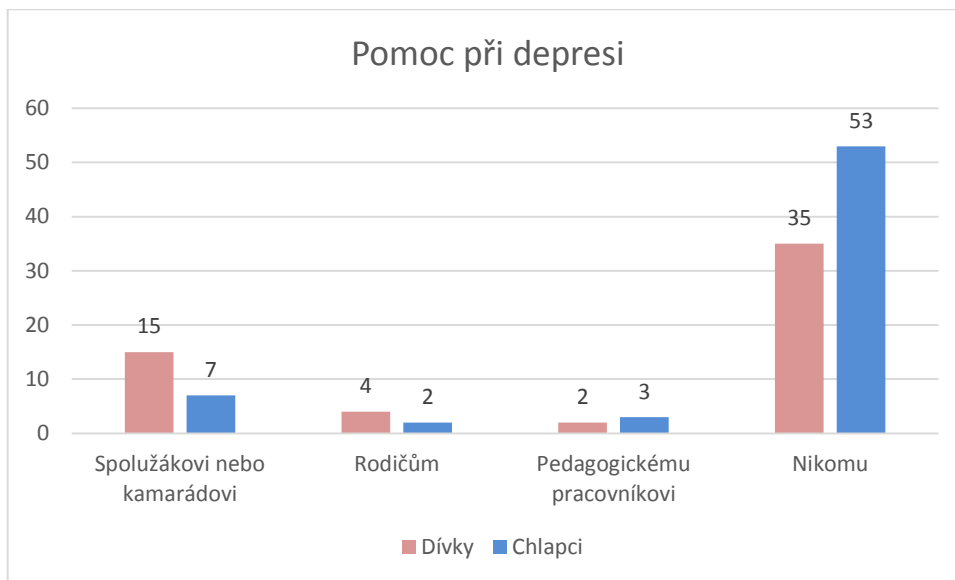
Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení položky č 20.

Pokud byste tyto potíže u sebe rozpoznali, komu byste se svěřili?

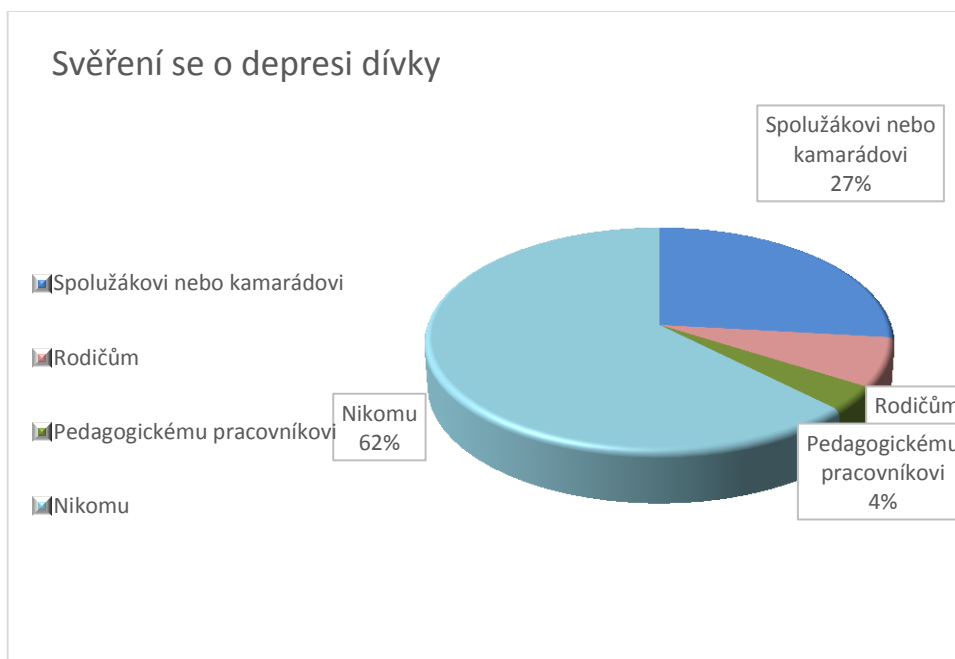
Z vyhodnocení vyplynulo, že převážná část dospívajících si nejsou zcela jistí, na koho by se obrátili v případě, že by potřebovali pomoci při depresivních pocitech. Z výsledků vyplývá, že nejnížší počet studentů by kontaktoval pedagogické pracovníky, 3,57 % dívky a 4,62 % chlapci. Chlapci mají ještě nižší procento v případě, že by mělo požádat o pomoc rodiče, a to 3 %, u dívek bylo 7 %. Mnohem více by se v obou případech obraceli na kamarády, ovšem chlapci pouze v 11 % a u dívek je to až 27 %. Celých 82 % chlapců a 62 % dívek by s tím komu se svěřit váhalo. Co tento jev způsobilo, se nedá jednoznačně říci, zda je za tím nedůvěra nebo spíše ostych. V tomto případě by bylo zcela na místě udělat ještě podrobnější test.

Graf 70. Povědomí kam se obrátit s žádostí o pomoc při depresivním stavu dle pohlaví (absolutní četnost)



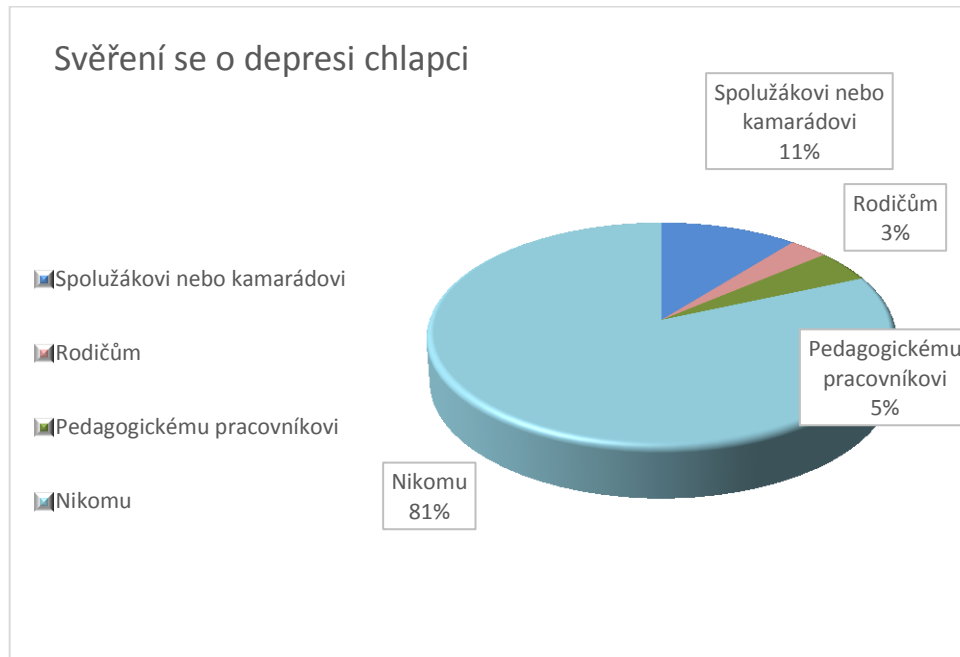
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 71. Povědomí dívek, kam se obrátit s žádostí o pomoc při depresivním stavu (relativní četnost)



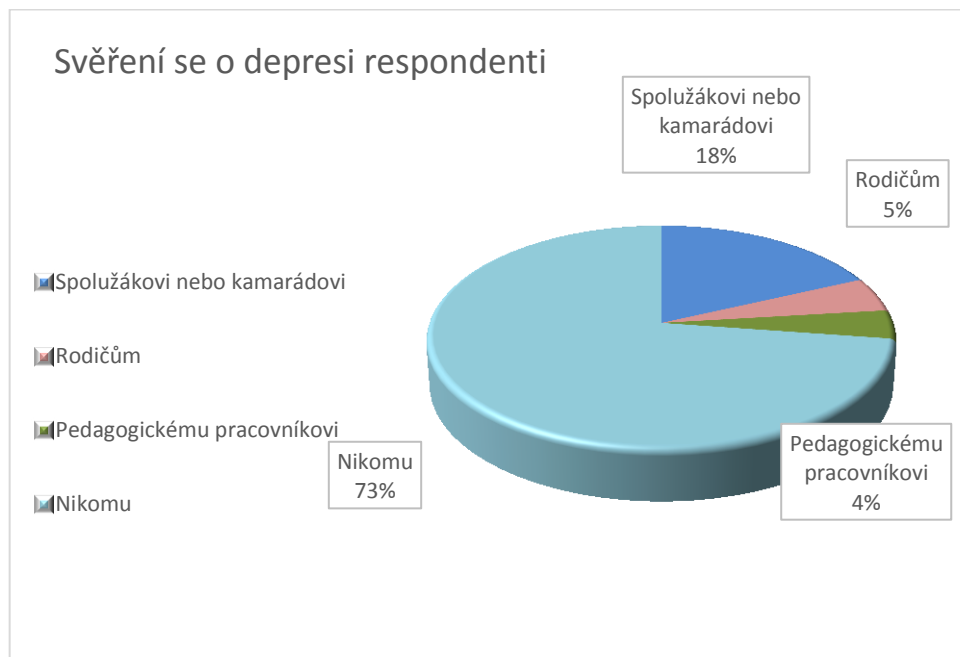
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 72. Povědomí chlapců, kam se obrátit s žádostí o pomoc při depresivním stavu (relativní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 73. Povědomí všech respondentů, kam se obrátit o pomoc při depresi



Zdroj: vlastní výzkum

5.3 Vyhodnocení výzkumných otázek

5.3.1 Vyhodnocení hlavního cíle

Hlavní otázka výzkumu:

„Která specifika mají vliv na sklon k depresivnímu onemocnění?“

Hlavním cílem této diplomové práce, bylo zachytit specifika rizik, která by mohla ovlivnit výskyt depresí. Důvodem k tomuto výzkumu byl předchozí rozhovor s výchovnou poradkyní jedné ze škol, později zařazených do výzkumného vzorku, která uvedla tuto problematiku jako velmi rozsáhlou. Výzkum, ale nic takového nepotvrdil. Vzhledem k počtu dotazníků, které nebyly vyplněny se domnívám, že lidé, kteří těmito potížemi skutečně trpí, se, z důvodu nedůvěry, ostychu nebo příčin projevů tohoto onemocnění, které jsou popsány v teoretické části, do šetření nezapojili. Dále se také v průběhu postupného získávání podrobnějších informací při zpracování diplomové práce ukázalo, že původní cíl, na základě kterého byly otázky sestaveny, není tak jednoduše specifikovatelný, jak se zpočátku zdálo. Je to z důvodu, že sklony k depresi ovlivňuje velké množství faktorů, které jsou vzájemně provázány a k tomu abychom zachytili skutečný stav veškerých vlivů tak, aby bylo šetření objektivní a mělo nějakou vypovídající hodnotu, je potřeba nějaký složitější výzkumný nástroj, jako např. analýza faktorů, ale také mnohem hlubší výzkum, který by skutečně zkoumal různé oblasti života (mezilidské vzaty, zdravotní potíže, rodinná anamnéza, prospěch ve škole, sebepojetí atd.), u kterých bychom museli ověřit, jakým způsobem se mezi sebou vzájemně ovlivňují a respondenty zároveň klinicky testovat na depresivní onemocnění.

Z výše popsaných důvodů, zkoumat reálný výskyt depresí a jeho specifika, není objektivní ani možné, proto bylo nutné odstoupit od původního záměru a zvolit alternativní řešení. V dotazníkových položkách jsou uvedena rizika související s depresemi. Na základě vyhodnocených údajů, popsaných u jednotlivých položek byl stanoven cíl šetření, rozpoznat dílčí rizika, která do budoucna mohou rozpoutat depresi.

Do výzkumu byly začleněny prvky, které, jak vyplývá z teoretické části, nejvíce ovlivňují člověka v období dospívání a mohly by mít vliv na možné riziko vzniku deprese v budoucnu. Jsou to: mezilidské vztahy, postoj sám k sobě, rodinné zázemí, postoj k životu a vize do budoucna a negativní pocity. Dle analýzy jednotlivých položek (viz.

tabulky níže), které byly rozděleny do tematických okruhů, s cílem danou problematiku upřesnit, vyplývá, že:

Mezilidské vztahy a postoj k sobě samému (položka 3, 4, 5, 6.)

Z níže uvedené interpretace výsledků v tabulkách je na první pohled zřejmé, že většina mladistvých, bez ohledu na pohlaví, o sobě smýšlí pozitivně. Zatímco chlapci hodnotí své vztahy, oblíbenost i fyzický vzhled velmi dobře, a to mezi 80 až 90 %, dívky jsou o poznání zdrženlivější, ale i tak není rozdíl nijak markantní, zejména v oblasti mezilidských vztahů a oblíbenosti v kolektivu, kterou pozitivně hodnotí mezi 70 až 80 % mladistvých. Výrazně nižší procento u dívek v pozitivním smýšlení o sobě, bylo zaznamenáno u položky hodnotící vlastní fyzický vzhled. Tady je procento nižší než u chlapců, což dokazuje, že dívky tento faktor více řeší. Co se týká položky „Jaké je moje sebevědomí“, jsou výsledky vesměs pozitivní. Chlapci i dívky zde v nadpoloviční většině uvádí, že jejich výkon je srovnatelný s ostatními anebo že pokud se budou snažit, mohou dosahovat stejných výkonů jako okolí. Negativní posuzování sebe sama v této oblasti je mizivé. Z výsledku šetření v oblasti mezilidských vztahů a postoje k sobě samému můžeme konstatovat, že negativní postoj k sobě samému je spíše výjimkou a většina dospívajících se hodnotí velmi dobře.

Analýza dotazníkových položek 3 až 6

Jak vycházím s ostatními lidmi?

Tabulka 5. Vyhodnocení položky č. 3.

Vycházení	Dívky	Chlapci	Celkem
S ostatními vycházím velmi dobře	46	59	105
Občas se s někým pohádám	9	4	13
Často se s někým pohádám nebo poperu	1	2	3
Celkem	56	65	121
Vycházení	Dívky	Chlapci	Celkem
S ostatními vycházím velmi dobře	82,14%	90,77%	86,78%
Občas se s někým pohádám	16,07%	6,15%	10,74%
Často se s někým pohádám nebo poperu	1,79%	3,08%	2,48%
Celkem	100%	100%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Jaké je moje sebevědomí?

Tabulka 6. Vyhodnocení položky č. 4.

Sebevědomí	Dívky	Chlapci	Celkem
Jsem stejně dobrá/ý jako ostatní	39	37	76
Když se budu snažit, můžu být dobrá/ý jako ostatní	14	27	41
Nikdy nebudu dobrá/ý jako ostatní	3	1	4
Celkem	56	65	121
Sebevědomí	Dívky	Chlapci	Celkem
Jsem stejně dobrá/ý jako ostatní	69,64%	56,92%	62,81%
Když se budu snažit, můžu být dobrá/ý jako ostatní	25,00%	41,54%	33,88%
Nikdy nebudu dobrá/ý jako ostatní	5,36%	1,54%	3,31%
Celkem	100%	100%	100%

*Zdroj: vlastní výzkum**Jak vnímám svůj fyzický vzhled?*

Tabulka 7. Vyhodnocení položky č. 5.

Vzhled	Dívky	Chlapci	Celkem
Vypadám velmi dobře	23	45	69
Něco je na mě určitě pěkné	30	19	49
Nevypadám dobře	3	1	3
Celkem	56	65	121
Vzhled	Dívky	Chlapci	Celkem
Vypadám velmi dobře	41,07%	69,23%	57,02%
Něco je na mě určitě pěkné	53,57%	29,23%	40,50%
Nevypadám dobře	5,36%	1,54%	2,48%
Celkem	100%	100%	100%

*Zdroj: vlastní výzkum**Jak vnímám svoji oblíbenost?*

Tabulka 8. Vyhodnocení položky č. 6.

Oblíbenost	Dívky	Chlapci	Celkem
U většiny lidí jsem oblíben/a	40	53	93
Nevím, jestli jsem oblíben/a	13	9	22
Téměř nikdo mě nemá rád	3	3	6
Celkem	56	65	121

Oblíbenost	Dívky	Chlapci	Celkem
U většiny lidí jsem oblíben/a	71,43%	81,54%	76,86%
Nevím, jestli jsem oblíben/a	23,21%	13,85%	18,18%
Téměř nikdo mě nemá rád	5,36%	4,62%	4,96%
Celkem	100%	100%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Rodinné zázemí (položka 7, 8, 9.)

Vztahy v rodině hodnotí cca polovina dospívajících jako dobré, v případě chlapců i dívek. Okolo 30 % vidí své zázemí spíše jako neutrální a 15 % až 20 % prezentuje své rodinné zázemí jako špatné.

Nároky rodičů se zdají být, ve velké většině (70 % až 80 %), jako přiměřené a nereálné se jeví 16 % chlapců a 25 % dívek, které vnímají situaci doma buď citlivěji, nebo jsou na ně kladeny o něco vyšší nároky, než na chlapce.

Položka vzdělání rodičů měla pouze dokreslit pohled na nároky rodičů s vyšším vzděláním na své děti. Tento jev se ale nepotvrdil.

V otázce rodinného zázemí a jeho vlivu na psychiku dospívajících tedy můžeme konstatovat, že vztahy v rodinách pociťují respondenti spíše smíšeně a na určitou část respondentů vliv na psychiku a pozdější sklon k depresi mít skutečně mohou.

Analýza dotazníkových položek 7 až 9

Jaké vztahy jsou v mé rodině?

Tabulka 9. Vyhodnocení položky č. 7.

Oblíbenost	Dívky	Chlapci	Celkem
Dobré	29	36	65
Neutrální	16	19	35
Špatné	11	10	21
Celkem	56	65	121
Oblíbenost	Dívky	Chlapci	Celkem
Dobré	51,79%	55,38%	53,72%
Neutrální	28,57%	29,23%	28,93%
Špatné	19,64%	15,38%	17,36%
Celkem	100%	100%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Nároky rodičů na mě jsou:

Tabulka 10. Vyhodnocení položky č. 8.

Nároky	Dívky	Chlapci	Celkem
Jsou přiměřené	39	51	90
Jsou nereálné	14	11	25
Nevím	3	3	6
Celkem	56	65	121
Nároky	Dívky	Chlapci	Celkem
Jsou přiměřené	69,64%	78,46%	74,38%
Jsou nereálné	25,00%	16,92%	20,66%
Nevím	5,36%	4,62%	4,96%
Celkem	100%	100%	100%

*Zdroj: vlastní výzkum**Jaké je vzdělání rodičů?*

Tabulka 11. Vyhodnocení položky č. 9.

Vzdělání	Základní	Střední	VŠ	Nevím	Celkem
Tatínek	15	47	39	20	121
Maminka	8	63	24	26	121
Celkem	23	110	63	46	242
Vzdělání	Základní	Střední	VŠ	Nevím	Celkem
Tatínek	65,22%	42,73%	61,90%	43,48%	50,00%
Maminka	34,78%	57,27%	38,10%	56,52%	50,00%
Celkem	100%	100%	100%	100%	100%

*Zdroj: vlastní výzkum**Postoj k životu a vize do budoucna (položka 10, 11, 12, 13, 14.)*

K otázce vizí do budoucna se staví respondenti ne zcela jednoznačně. Ačkoliv cca polovina odpověděla, že má o své budoucnosti reálnou představu a vzdělání vidí jako důležité (šlo většinou o totožné dotazníky), poměrně velká část ještě o budoucnosti představu nemá nebo o ní ani nepřemýšlí. Z postoje k životu a volnočasových aktivit se tak nedá zcela vyhodnotit, zda se jedná o pozitivní nebo negativní jev. Vyjasněnost postoje je na první pohled pozitivní, nicméně může působit tlak na splnění cílů, který může mít depresivní po-

tenciál. V této oblasti by bylo zcela jednoznačně potřeba rozvinout otázky a věnovat se každé položce více do hloubky.

Výsledky dotazníkových položek 10 až 14

Jak trávím nejráději svůj volný čas?

Tabulka 12. Vyhodnocení položky č. 10.

Aktivita	Dívky	Chlapci	Celkem
Sport	8	11	19
Kroužky	2	3	5
PC hry a konzole	4	8	12
Náboženské a jiné skupiny	1	0	1
Venku s kamarády	37	40	77
Četba, studium	4	3	7
Celkem	56	65	121
Aktivita	Dívky	Chlapci	Celkem
Sport	14,29%	16,92%	15,70%
Kroužky	3,57%	4,62%	4,13%
PC hry a konzole	7,14%	12,31%	9,92%
Náboženské a jiné skupiny	1,79%	0,00%	0,83%
Venku s kamarády	66,07%	61,54%	63,64%
Četba, studium	7,14%	4,62%	5,79%
Celkem	100%	100%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Jaký je můj postoj k životním cílům?

Tabulka 13. Vyhodnocení položky č. 11.

Životní cíle	Dívky	Chlapci	Celkem
Vím, co budu v životě dělat	32	27	59
Nevím, hledám, co by mě bavilo	15	24	39
Nepřemýšlím o tom	9	14	23
Celkem	56	65	121
Životní cíle	Dívky	Chlapci	Celkem
Vím, co budu v životě dělat	57,14%	41,54%	48,76%
Nevím, hledám, co by mě bavilo	26,79%	36,92%	32,23%
Nepřemýšlím o tom	16,07%	21,54%	19,01%
Celkem	100%	100%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Jaký je můj postoj k osobnímu rozvoji?

Tabulka 14. Vyhodnocení položky č. 12.

Vzdělání	Dívky	Chlapci	Celkem
Vzdělání je pro mě důležité	34	36	70
Vzdělání je mi na nic	7	12	19
Nepřemýšlím o tom	15	17	32
Celkem	56	65	121
Vzdělání	Dívky	Chlapci	Celkem
Vzdělání je pro mě důležité	60,71%	55,38%	57,85%
Vzdělání je mi na nic	12,50%	18,46%	15,70%
Nepřemýšlím o tom	26,79%	26,15%	26,45%
Celkem	100%	100%	100%

*Zdroj: vlastní výzkum**Plánuji do budoucna studium na VŠ?*

Tabulka 15. Vyhodnocení položky č. 13.

Plány studia	Dívky	Chlapci	Celkem
Ano	40	25	65
Ne	7	14	21
Nevím	9	26	35
Celkem	56	65	121
Plány studia	Dívky	Chlapci	Celkem
Ano	71,43%	38,46%	53,72%
Ne	12,50%	21,54%	17,36%
Nevím	16,07%	40,00%	28,93%
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%

*Zdroj: vlastní výzkum**Jste věřící?*

Tabulka 16. Vyhodnocení položky č. 14.

Víra	Ano	Ne	Celkem
Dívky	12	44	56
Chlapci	16	49	65
Celkem	28	93	121
Víra	Ano	Ne	Celkem
Dívky	21%	79%	100%
Chlapci	25%	75%	100%
Celkem	23,1%	76,9%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Sklony k depresi (položka 15, 16, 17, 18, 19, 20.)

Nejvíce položek je obsaženo v posledním tematickém okruhu, který je současně ústředním tématem DP. Tyto dotazy by nám měly poodhalit, jak jsou na tom studenti se sklony k depresím reálně. Přestože bylo výchovnou poradkyní jedné ze škol, která se do šetření zapojila, avizováno, že u poměrně velkého počtu studentů řeší problémy související s depresemi nebo návykovými látkami, které jdou také ruku v ruce s depresí, níže uvedená analýza jednotlivých položek žádný markantní výskyt depresí a zneužívání návykových látek nepotvrdila nebo je procento velmi malé. Co ale stojí určitě za zmínku, jsou výsledky položky číslo 17., kdy je patrné zvýšené procento těch, kteří uvádí, že se cítí skoro pořád unaveni, což je jedno z rizik depresivních stavů a zvýšené procento můžeme vidět i v položce číslo 15., která se týká obavy z budoucnosti. Většina těchto odpovědí byla v totožných dotaznících, kdy bylo v položce číslo 19. uvedeno, že respondent buď má depresivní stavy nebo si není zcela jistý. Toto se týká především dívek, což by potvrdovalo tvrzení, že těmito potížemi trpí mnohem více ženy. V každém případě by bylo potřeba otázky na základě těchto výsledků dále rozvinout a zkoumat ještě další faktory a vlivy.

Výsledky poslední oblasti nám ale ukazují ještě něco, co určitě stojí za zmínku. Z položky číslo 19. je vidět zvýšený počet respondentů, kteří uvedli, že neví, jestli trpí depresemi a v otázce číslo 20. uvádí vysoké procento dospívajících, že neví, na koho by se obrátili v případě potíží tohoto charakteru. Obě položky nám jednoznačně ukazují, že chybí informovanost o této problematice.

Výsledky dotazníkových položek 15 -20***Jak často přemýšlím negativně?***

Tabulka 17. Vyhodnocení položky č. 15.

Negativní myšlení	Dívky	Chlapci	Celkem
O špatných věcech skoro nikdy nepřemýšlím	29	58	87
Mám strach, že se stane něco špatného	23	4	27
Jsem přesvědčen/a, že se stane něco špatného	4	3	7
Celkem	56	65	121
Negativní myšlení	Dívky	Chlapci	Celkem
O špatných věcech skoro nikdy nepřemýšlím	51,79%	89,23%	71,90%
Mám strach, že se stane něco špatného	41,07%	6,15%	22,31%
Jsem přesvědčen/a, že se stane něco špatného	7,14%	4,62%	5,79%
Celkem	100%	100%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Jak se cítím?

Tabulka 18. Vyhodnocení položky č. 16.

Negativní pocity	Dívky	Chlapci	Celkem
Málokdy se cítím špatně	36	58	94
Často se cítím špatně	19	5	24
Skoro pořád se cítím špatně	1	2	3
Celkem	56	65	121
Negativní pocity	Dívky	Chlapci	Celkem
Málokdy se cítím špatně	64,29%	89,23%	77,69%
Často se cítím špatně	33,93%	7,69%	19,83%
Skoro pořád se cítím špatně	1,79%	3,08%	2,48%
Celkem	100%	100%	100%

*Zdroj: vlastní výzkum**Jak často jsem unaven/a?*

Tabulka 19. Vyhodnocení položky č. 17.

Únava	Dívky	Chlapci	Celkem
Skoro nikdy se necítím unaven/a	21	31	52
Občas se cítím unaven/a	28	31	59
Skoro pořád se cítím unaven/a	7	3	10
Celkem	56	65	121
Únava	Dívky	Chlapci	Celkem
Skoro nikdy se necítím unaven/a	37,50%	47,69%	42,98%
Občas se cítím unaven/a	50,00%	47,69%	48,76%
Skoro pořád se cítím unaven/a	12,50%	4,62%	8,26%
Celkem	100%	100%	100%

*Zdroj: vlastní výzkum**Jaký mám vztah k návykovým látkám?*

Tabulka 20. Vyhodnocení položky č. 18.

Návykové látky	Dívky	Chlapci	Celkem
Vyzkoušel jsem (občas užívám)	26	38	64
Užívám	1	2	3
Nemám zkušenost	29	25	54
Celkem	56	65	121

Návykové látky	Dívky	Chlapci	Celkem
Vyzkoušel jsem (občas užívám)	46,43%	58,46%	52,89%
Užívám	1,79%	3,08%	2,48%
Nemám zkušenost	51,79%	38,46%	44,63%
Celkem	100%	100%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Myslíte, že míváte deprese?

Tabulka 21. Vyhodnocení položky č. 19.

Deprese	Dívky	Chlapci	Celkem
Ano	3	3	6
Ne	35	54	89
Nejsem si jistá/ý	18	8	26
Celkem	56	65	121
Deprese	Dívky	Chlapci	Celkem
Ano	5,36%	4,62%	4,96%
Ne	62,50%	83,08%	73,55%
Nevím	32,14%	12,31%	21,49%
Celkem	100%	100%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Pokud byste tyto potíže u sebe rozpoznali, komu byste se svěřili?

Tabulka 22. Vyhodnocení položky č. 20.

Svěření se o depresi	Dívky	Chlapci	Celkem
Spolužákovi nebo kamarádovi	15	7	22
Rodičům	4	2	6
Pedagogickému pracovníkovi	2	3	5
Nevím	35	53	88
Celkem	56	65	121
Svěření se o depresi	Dívky	Chlapci	Celkem
Spolužákovi nebo kamarádovi	26,79%	10,77%	18,18%
Rodičům	7,14%	3,08%	4,96%
Pedagogickému pracovníkovi	3,57%	4,62%	4,13%
Nevím	62,50%	81,54%	72,73%
Celkem	100%	100%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

5.3.2 Vyhodnocení dílčích cílů

V této části diplomové práce budou statisticky ověřeny výsledky dotazníkového šetření k jednotlivým dílčím výzkumným cílům. Data jsou prezentována v tabulkách a grafech pro snazší orientaci.

Všechny dílčí cíle budeme vyhodnocovat pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Testování všech dílčích cílů provedeme na hladině významnosti 0,05.

Výzkumná otázka číslo 1.

Cílem výzkumné otázky číslo 1. bylo zachytit sebepojetí mladistvých, které by mohlo mít dále vliv na rozvoj nebo výskyt depresí. Charakter těchto otázek byl inspirován dotazníkem, pro tyto účely sestaveným, zapůjčeným z psychologické poradny. Při vyhodnocení jednotlivých položek vycházíme z dostupného výzkumného vzorku. K VO1 se pojí otázky 3, 4, 5 a 6.

Je riziko ohrožení depresemi u mládeže, v souvislosti postoje k sobě sama, ovlivněno pohlavím?

H₀: Míra rizika ohrožení v souvislosti s postojem k sobě sama je u dívek i chlapců stejná.

H_A: Míra rizika ohrožení v souvislosti s postojem k sobě sama se v návaznosti na pohlaví liší.

Tabulka 23. Skutečné a očekávané četnosti VO1

Skutečné četnosti

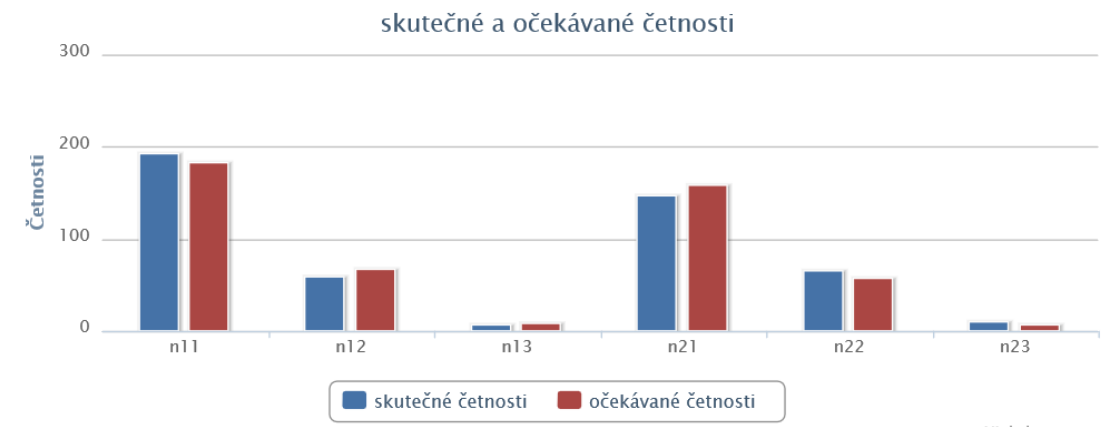
	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	znak1 - 3. sk.	n _j
znak2 - 1. sk.	194	59	7	260
znak2 - 2. sk.	148	66	10	224
n _{i.}	342	125	17	484

Očekávané četnosti

	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	znak1 - 3. sk.	n _j
znak2 - 1. sk.	183.72	67.15	9.13	260
znak2 - 2. sk.	158.28	57.85	7.87	224
n _{i.}	342	125	17	484

Zdroj: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>

Graf 74. Skutečné a očekávané četnosti VO1.



Zdroj: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 4.454$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha); df} = 5.991$$

Rozhodnutí:

Na hladině významnosti 5 %, nulovou hypotézu o nezávislosti pohlaví na míře rizika ohrožení v souvislosti s postojem k sobě sama, nezamítáme.

Výzkumná otázka číslo 2.

Ve výzkumné otázce číslo 2. bylo cílem zjistit, jakým způsobem negativní smýšlení ovlivňuje jednotlivá pohlaví.

Je riziko ohrožení depresemi u mládeže v podobě negativního myšlení ovlivněno pohlavím?

H0: Míra rizika ohrožení v podobě negativního myšlení je u dívek i chlapců stejná.

HA: Míra rizika ohrožení v podobě negativního myšlení se v souvislosti s pohlavím liší.

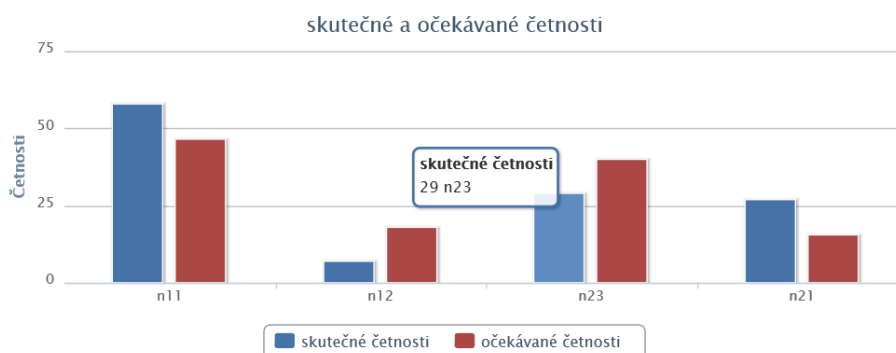
Tabulka 24. Skutečné a očekávané četnosti VO2

Skutečné četnosti			
	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	n _j
znak2 - 1. sk.	58	7	65
znak2 - 2. sk.	29	27	56
n _{i.}	87	34	121

Očekávané četnosti			
	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	n _j
znak2 - 1. sk.	46.74	18.26	65
znak2 - 2. sk.	40.26	15.74	56
n _{i.}	87	34	121

Zdroj: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>

Graf 75. Skutečné a očekávané četnosti VO2



Zdroj: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 20.86$$

Kritická hodnota:

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha); df} = 3.841$$

Rozhodnutí:

Na hladině významnosti 5 %, nulovou hypotézu o nezávislosti pohlaví na míře rizika ohrožení v podobě negativního myšlení zamítáme a přijímáme hypotézu H_A , která nám říká, že zde závislost existuje.

Výzkumná otázka číslo 3.

Existuje souvislost mezi špatnými pocity mladistvých a rodinným zázemím?

H_0 : Rodinné zázemí na špatné pocity mladistvých nemá vliv.

H_A : Rodinné zázemí má souvislost se špatnými pocity mladistvých.

Tabulka 25. Skutečné a očekávané četnosti VO2

Skutečné četnosti

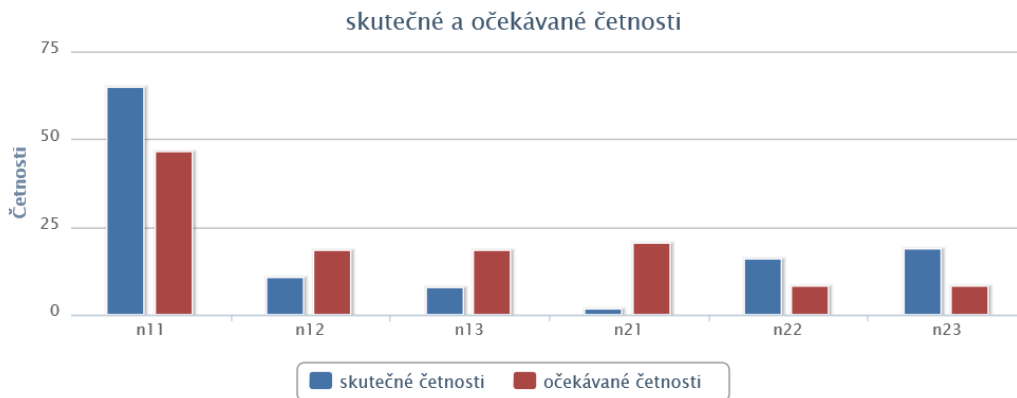
	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	znak1 - 3. sk.	$n_{.j}$
znak2 - 1. sk.	65	11	8	84
znak2 - 2. sk.	2	16	19	37
$n_{i.}$	67	27	27	121

Očekávané četnosti

	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	znak1 - 3. sk.	$n_{.j}$
znak2 - 1. sk.	46.51	18.74	18.74	84
znak2 - 2. sk.	20.49	8.26	8.26	37
$n_{i.}$	67	27	27	121

Zdroj: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>

Graf 76. Skutečné a očekávané četnosti VO3



Zdroj: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 54.605$$

Kritická hodnota:

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha); df} = 5.991$$

Rozhodnutí:

Na hladině významnosti 5 %, nulovou hypotézu o nezávislosti pohlaví na rodinném zázemí zamítáme a přijímáme hypotézu H_A , která nám říká, že zde závislost existuje.

5.4 Interpretace dat

Celkově z výsledků můžeme říci, že negativní myšlení souvisí s pohlavím, což se také statisticky potvrdilo a z tabulky je zřejmé, že vyšší míra rizika sklonu k depresím je u dívek, tak jak vychází z výsledků ostatních průzkumů. Zvýšený výskyt potenciálních rizik je i v rodinných vztazích, kde poměrně vyšší procento považuje své zázemí za špatné a byla také statisticky dokázána souvislost mezi špatnými pocity dospívajících a rodinným zázemím. Dále velké riziko představuje také malá informovanost o této problematice, protože z veškerých nastudovaných podkladů vyplývá, že je velmi důležité podchytit tyto potíže, co nejdříve, protože v pozdějším stadiu, mohou mít až fatální následky.

Výzkum byl zvolen kvantitativní formou dotazníkového šetření. Osloveny byly tři školy: Gymnázium, SOU a ZŠ Zlín. Výzkumu se celkem účastnilo 121 respondentů, což bylo 60%. Dotazník obsahoval celkem 20 položek. Analýza získaných dat, nám měla objasnit informace potřebné k šetření výzkumných cílů diplomové práce. Hlavním cílem bylo zmapovat problematiku depresí mezi mladými. Kdy klíčová položka č. 18. zněla „*Deprese je stav kdy po dobu minimálně posledních dvou týdnů přetrvávají stavy smutku nebo úzkosti, bez nějaké zjevné příčiny, případně se k tomu může přidat neopodstatněná únava nebo vyčerpání. Měl jste nebo míváte deprese?*“

Jak již bylo zmíněno, ačkoliv bylo výchovnou poradkyní sděleno, že výskyt depresí je poměrně velký, dotazníkovým šetřením se to nepotvrdilo. Domnívám se, že tuto skupinu tvořili zřejmě z větší část studenti, kteří dotazník nevyplnili, což byla téměř polovina. Na základě tohoto zjištění byly stanoveny alternativní cíle šetření, kdy hlavním cílem bylo zachytit specifika rizik, která by mohla ovlivnit výskyt depresí a dílčí cíle měly ověřit souvislosti mezi špatnými pocity dospívajících a rodinným zázemím, a dále pak potvrdit vztah, mezi vztahem k sobě sama, negativními myšlenkami a vlivem na pohlaví. Jak již bylo

zmíněno, data neobsahovala reálný vzorek potřebný k šetření, a proto nemůže být výsledek považován za zcela objektivní. Ze zkoumání dostupného vzorku bylo ale zjištěno, že pravděpodobnou příčinou je nedostatečná informovanost o této problematice a důvody, k nezapojení se do dotazníkového šetření velké části studentů, mohly mít individuální důvody s tímto spojené. Dále bylo ověřeno, že míra rizika ohrožení v souvislosti s postojem k sobě sama je u dívek i chlapců stejné, ale míra rizika ohrožení v podobě negativního myšlení se, v souvislosti s pohlavím, liší. Poměrně velký problém, dle výzkumu, také představuje špatné rodinné zázemí.

Výzkum, měl především zachytit, v čem tkví rizika možných sklonů k depresi a ujasnit jejich četnost. Z dostupného vzorku dospívajících vyplývá, že položky v dotazníku, které představují možné sklony k depresi, se procentuálně pohybují u chlapců od 3 % do 8 %, při čemž horní hranice představuje nízký sklon k depresím a je nejvyšší u výroku „Často se cítím špatně“ a u dívek je rozptýl 2 % do 41 %, kdy horní hranice také představuje nízký sklon k depresím a nejvyšší počet dívek ji označilo u výroku „Mám strach, že se stane něco špatného“. Z toho můžeme usuzovat, že se potvrzuje tvrzení z literatury a výsledků výzkumů, že ženy jsou mnohem náchylnější k depresím.

5.5 Doporučení pro praxi

Rozpoznat u adolescentů, co patří k projevům dospívání a co je už za hranicí, je pro pedagogy i rodiče velmi obtížné. Často je to obtížné i u dospívajícího, který, symptomy tohoto onemocnění, trpí. Je to zpravidla z toho důvodu, že výskyt depresivního syndromu je velmi často podceňován, i když může mít fatální následky.

Psychologické semináře

Bylo by vhodné zařadit tematické psychologické semináře, na kterých by byli studenti seznámeni s projevy depresí a jejich možným dopadem na život. Protože u zanedbaných forem depresí, které se posunou do dalšího stadia, je dle literatury až 50 procent dospívajících, kteří mají sebevražedné sklony, je nutné poukázat i na toto riziko. Součástí seminářů by měly být i názorné ukázky řešení krizových situací v praxi, aby bylo jasné, jak reagovat v případě, že se někdo do takové situace dostane, ale především, jak takový stav rozpoznat.

Spolupráce mezi školou a rodiči

Měla by být nastavena spolupráce, mezi školou, pedagogicko-psychologickou poradnou a rodiči, v případě podezření na deprese u žáka, a také nastaven krizový plán pro případ, že

by šlo o plnoletého studenta, u kterého se již informace rodičům nesdělují. Je nezbytné, nastavit atmosféru důvěry a spolupráce.

Individuální plán studia

V případě, že jedinec trpí takovými potížemi, které mají těžší charakter, měla by mít škola snahu pomoci mu a nastavit např. individuální plán studia jako motivaci, která při léčbě zabírá asi ze všeho nejvíc.

Krizové kontakty a proškolení pedagogů

Protože z dotazníkového šetření vyplynulo, že pokud by žáci, u sebe potíže s depresemi rozpoznali, nevěděli by na koho se s tímto problémem obrátit, bylo by zcela na místě informovat o možnosti návštěvy výchovné poradkyně, která by předala veškeré další informace k postupu řešení následující léčby a dalších kroků s ní spojené. Všichni pedagogičtí pracovníci by měli být proškoleni, jak s takovými lidmi jednat. V případě, že by zaznamenali známky u některého ze studentů, vědět, jak reagovat, jak s ním citlivě promluvit a jak jej nasměrovat k odborníkovi.

Dotazníkové šetření

Další možností je pravidelně zařazovat dotazníková šetření, kterých by se studenti účastnili v rámci výuky, aby byla co nejvyšší možná účast.

DISKUSE

Deprese není pouze onemocněním dospělých, jak se může na první pohled zdát. U mládeže je, v dnešní době, vysoké riziko ohrožení vzniku deprese a její následky bývají velmi závažné. Dle výzkumů je až dvacetiprocentní výskyt depresí u dospívajících. Dospívající, kteří trpí tímto onemocněním, jsou velmi zranitelní a často řešení své situace řeší sebevraždou, protože jsou většinou ve věku, kdy nemají zodpovědnost za druhé a tím je to pro ně snazší. Dle statistik se nejvíce mladých pokusí o sebevraždu v patnácti letech a mluví se až o čtrnácti procentech. Počet pokusů o sebevraždu vrcholí právě v tomto období. Statistiky ukazují, že až čtrnáct procent. Právě otázka sebevražd je zejména u mládeže velmi závažným problémem. (Koutek, Kocourková, 2007, s. 23.)

Jak z literatury, tak z výsledku šetření vyplývá, že je toto onemocnění velmi podceňováno a přitom zachytit takové stavy v zárodku je mnohdy zcela zásadní. Deprese je velmi nepříjemný stav psychického rozpoložení, se kterým se alespoň jednou v životě setká asi každý. Depresivní stav se ale odlišuje svojí intenzitou, která začíná pouhou špatnou náladou a přechází až v naprostou apatii. Jedná se o dlouhodobý stav velkého smutku. Jak již bylo zmíněno, deprese není pouze doménou dospělých, ale často patří také do dětského světa. Každé období života člověka má své úskalí, které je potřeba překonat, abychom se dostali ve vývoji dál. V případě, že se nám to v určité fázi nepodaří, ustrneme v tomto bodě, a to má samozřejmě vliv na náš další vývoj. Pro jednodušší pochopení si můžeme uvést konkrétní stadia:

Pro dítě do jednoho roku života je velmi důležité získat pocit základní důvěry, jistoty a bezpečí na světě. Je pro ně důležité navázat kontakt s jednou osobou, která je mu blízká. Pokud se mu nepodaří naplnit tento úkol, může se stát, že po celý svůj příští život pocítovat nedůvěru ke svému okolí, aniž by vědělo proč.

V další fázi vývoje se začíná prosazovat a potřebuje být přijímáno i se svými názory, které obvykle ukazuje vzdorem. Pokud bude nějakým způsobem utlačováno nebo zesměšňováno, může v budoucnu pocítovat podvědomě nedůvěru ke svým schopnostem. Dítě předškolního věku začíná samo objevovat svět. Pokud mu v tom bude bráněno, bude pocítovat výčitky a nedůvěru.

V době školní docházky se dítě rozvíjí své znalosti a dovednosti v mnoha nových směrech. V případě, že dojde k demotivaci a pochybám o jeho schopnostech, může se v budoucnu cítit méněcenné.

Adolescenti řeší otázku smyslu vlastního života ze všech stran a zabývají se filozofickými

úvahami, jako kdo vlastně jsou a kam směřují. Pokud tuto otázku nevyřeší, pociťují ve svém životě a plánování budoucnosti, zmatek.

Poslednímu stadiu se říká časná dospělost. Toto stádium souvisí především se vztahem, intimitou k druhému člověku a schopností sdílení a citů. Pokud nezvládne tento úkol, nebude schopen navazovat v dalším životě vztahy.

Informace k vývoji a jeho stádiím jsou samozřejmě velmi zjednodušené a tato problematika je mnohem složitější, protože může souviset s mnoha dalšími vlivy, ovšem aspoň jako základní vodítko pro pochopení, v jakém stádiu se dítě právě nachází, poslouží.

Jedním z faktorů je také pohlaví. U dospívající dívky je mnohem vyšší riziko deprese než u dospívajícího chlapce. Vědecké výzkumy na celém světě (až na mizivé výjimky) ukazují, že ženy trpí depresí častěji než muži, a to 2 až 3x, což vylučuje např. kulturní příčinu.

Každopádně krize a vývojová stadia jsou běžnou součástí života každého z nás a musíme být připraveni na to, že nastanou. Každá krize by měla být považována za takový životní milník, kdy jsme se zráním a vývojem dostali do určité životní fáze a, i když nás tato situace možná stresuje, je potřeba se k ní postavit čelem a pohlížet na ni optimisticky. Jedná se totiž o příležitost něco nového se naučit a někam se posunout. (Vodáčková, 2007, s. 34.).

Odborníci se zcela neshodují na tom, za co může vzestupný trend depresí u mladistvých, ale většinou tento jev přisuzují tlaku, jimž jsou dnes děti i dospívající vystaveni. Tato oblast se týká zejména vysokých požadavků, soutěživé společnosti, vzdělávacího systému asociálních médií, kde se stále zvyšují požadavky.

V České republice míra spokojenosti u dětí a adolescentů s porovnáním s výsledky z roku 2002 o poznání klesla. A to hlavně u jedenáctiletých dívek. Ovšem z výsledků dále vyplývá, že 61 % dětí se cítí celkem šťastnými a 21 % dokonce velmi šťastnými.

Jak ukazují výzkumy dalších šetření, chybí napříč širokou veřejností informovanost o této problematice. Lidé všeobecně nevědí, jak by se zachovali v případě, že by měli člověku s příznaky depresivního onemocnění pomoci, ani jestli by tyto příznaky rozpoznali, a to nejen v případě jiné osoby, ale také sebe. Tato situace se týká rodičů, pedagogických pracovníků a dospívajícího samotného, což částečně potvrdilo i naše dotazníkové šetření.

Kde tedy vyhledat pomoc? Každý kraj by měl mít své linky důvěry a linky bezpečí. Existují ale základní celostátní kontakty, a ty jsou rozděleny podle toho, kdo pomoc hledá. Když uvedeme alespoň základní z nich, budou to:

Pro děti:

- **Sdružení linka bezpečí** – telefon: 116 111 (zdarma);
web: www.linkabezpeci.cz , e-mail: pomoc@linkabezpeci.cz (odpověď cca do 3 dnů)
- **Modrá linka**: telefon: 549 241 010, web: www.modralinka.cz, email: help@modralinka.cz

Pro rodiče, pedagogické pracovníky a ostatní

- **Sdružení linka bezpečí – Rodičovská linka**, telefon 840 111 234
- **Linka krizové intervence**, telefon: 284 016 666

ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se pokusila objasnit, co se skrývá za pojmem deprese. Že se nejedná o pouhý pojem, ani o lenost nebo špatnou náladu, jak spousta lidí stále ještě vnímá, ale že jde o nemoc, a to velmi vážnou, která se dá ale s pozitivním přístupem léčit. Prozkoumání výskytu depresí bylo zaměřeno na mladistvé, na základě podnětu z mediálních a internetových zdrojů a vyjádření výchovným poradcem. Ačkoliv se dotazníkovým šetřením toto tvrzení nepotvrdilo, nemůžeme říct, že bylo bez výsledku. Na základě alternativních cílů se nám podařilo zjistit některá možná rizika, která by mohla vést ke sklonům k tomuto onemocnění, ale hlavně se, dle výsledků a nedostatečného počtu respondentů zřejmě ukazuje, že jedním z největších problémů je nedostatečná informovanost široké veřejnosti. Přitom, dle literatury, je zřejmé, že včasné zachycení a léčba tohoto onemocnění má ve velmi vysokém procentu pozitivní výsledky a dospívající se, v téměř 90 procentech, vyléčí bez následků v dalším dospělém životě.

A přesto má toto onemocnění dle studií vzestupné tendence. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se v rozmezí posledních deseti let počet lidí trpících tímto onemocněním zvýšil. V současné době se odhaduje, že depresemi trpí více než 300 mil. lidí všech věkových kategorií. Vysoký počet osob o svém stavu odmítá mluvit veřejně, protože je tato nemoc stále ještě stigmatizována a předkládána jako jakýsi druh psychické poruchy nebo dokonce šílenství.

Depresi je potřeba mnohem více přiblížit lidem jako běžné onemocnění. Nedémonizovat ji, protože podle průzkumu má zkušenost s depresemi každý 25. člověk na světě a v současné době se odhaduje, že jí u nás trpí cca 10 procent lidí. Pokud má člověk potíže s vysokým tlakem, infarkt nebo kardiovaskulární potíže, nemá problém, o tom mluvit, protože jde o „společensky přijatelné“ nemoci. Přitom většina lidí, u kterých se objeví příznaky deprese, trpí tímto onemocněním o to více, že jsou společností špatně vnímáni a přiznat se k těmto potížím vyžaduje značnou odvahu.

Depresivních poruch je více druhů a jejich výskyt v dnešní uspěchané době už, bohužel, není nic neobvyklého. Mezi postiženými tímto onemocněním mají převahu ženy, a to až 2:1. Je potřeba uvědomit si vážnost tohoto stavu, který, pokud se neléčí, může vést až k smrti jedince, který by mohl být vyléčen. Každoročně zemře, důsledkem sebevraždy, více než 800 tis. lidí, nejvíce ve věku 15 až 29 let. Sebevražda je druhou hlavní příčinou

úmrtí a mezi nimi velká část právě díky depresivnímu stavu, který je velmi dobře léčitelný za pomoci adekvátní lékařské péče.

Přibývá mladých, kteří trpí pocity úzkosti a nevysvětlitelného strachu, a přitom by někdy stačilo málo - zastavit se, promluvit si a naslouchat.

Tato problematika je stále velmi zlehčována, chybí prevence, osvěta a informovanost jak pro děti, dospívající, tak pro rodinné příslušníky, kteří by díky těmto skutečnostem mohli včas reagovat a třeba i zachránit život svého dítěte.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] AKHTAR, M. *Pozitivní psychologii proti depresi*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4839-9.
- [2] ANDACKÝ, A. *Bakalářská práce: Školní a rodinné prostředí jako zátěž dítěte ústící v potulky a útěk od rodiny, důsledky a východiska*. Brno: IMS 2011.
- [3] ANDERS, M. *Deprese*. České vyd. 1. Praha: Jan Vašut, 2001. ISBN 80-7236-195-3.
- [4] ANDERS, M.; SKOPOVÁ, J. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. 1. vyd., 2006. ISBN 978-80-7262-396-9.
- [5] BAKOŠOVÁ, Z. *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. Bratislava: STIMUL, 2005. ISBN 80-89236-00-6
- [6] BROGANOVÁ, K., LOBERGOVÁ, K. *Deprese – zvládněte ji bez léků a získejte svůj život zpátky*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-265-0727-7
- [7] CANTOPHER, T. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. Olomouc: Anag, 2012. ISBN 978-80-7263-768-3.
- [8] ČAČKA, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: DOPLŇEK, 2000. ISBN 80-85931-94-X.
- [9] DAHLKE, R. *Deprese jako řeč unavené duše: cesty z temné noci duše*. Vyd.1. Olomouc: Fontána, 2012. ISBN 978-80-7336-666-7.
- [10] GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
- [11] HARTL, P., HARTOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vydání, Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- [12] HORT, V.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
- [13] HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-2462998-8.
- [14] CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

- [15] KOUTEK, J.; KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9.
- [16] KRAUS, B. et.al. *Středoškolská mládež a její svět na přelomu století*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-125-1
- [17] KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi. 3., aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3874-1.
- [18] LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.
- [19] MACEK, P. *Adolescence - Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X
- [20] MALÁ, E. *Afektivní poruchy. Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vydání 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
- [21] NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 2. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-86723-85-3.
- [22] MCKENZIE, K. *Deprese*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0093-X.
- [23] NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost, současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4
- [24] NOVÁK, Tomáš. *Péče o dítě po rozvodu a její úskalí*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4110-9.
- [25] PRAŠKO, J., BULIKOVÁ, B. SIGMUNDOVÁ, Z. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-656-4.
- [26] PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ H., PRAŠKOVÁ J. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2015. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-2620859-4.
- [27] PRAŠKO, J.; PAŠKOVÁ, B.; PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*. 2. vyd., Praha: Psychiatrické centrum, 2001. ISBN 80-85121-68-9.
- [28] RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANATOVÁ, D. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.
- [29] RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché. ISBN 978-80-247-2223-8.

- [30] ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1989. ISBN: 80-7038-078-0.
- [31] ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4.vyd., Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8
- [32] SKAČÁNI, M. *Pomóc! Trpím depresí!*. Třetí vydání. Jihlava: Miroslav Skačáni 2015. ISBN 978-80-260-8927-8
- [33] SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 8085912-18-X.
- [34] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4., rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [35] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vydání, Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.
- [36] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
- [37] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vydání, Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

Internetové zdroje:

- ČEŠKOVÁ, E. *Deprese a ženy*. [online]. [cit. 28-7-2014]. Dostupné na WWW: <
<http://www.deprese.com/index.php?section=klicky§ion2=rozhovor19> >.
- HYNČÍK, D. *Bolestně smutná nálada*. [online]. [cit. 7-1-2019]. Dostupné na:
<https://www.ordinace.cz/clanek/bolestne-smutna-nalada-v-behu-historie/>
www.drogy-info.cz

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Vztah sociální pedagogiky a pedagogiky 20. Století	14
Obrázek 2 Podíl osob, které uvedly, že v posledních 12 měsících trpěly depresí, dle pohlaví, vybrané země EU v % Zdroj: šetření EHIS	18
Obrázek 3 Vznik depresivní poruchy	21
Obrázek 4 Yerke-Dodsonova křivka	28
Obrázek 5 Graf uzdravení v závislosti na čase	32
Obrázek 6 Podíl osob, bez ohledu na pohlaví, s depresí v posledních 12 měsících, s léky na depresi (2 týdny a více) a s návštěvou psychologa (min.12 měsíců), vybrané země EU v %	32
Obrázek 7 schéma párového nervu	33
Obrázek 8 Spánkový cyklus průměrného dospělého člověka	Chyba! Záložka není definována.
Obrázek 9 Obtíže mládeže	42

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Pohlaví a věk studentů.....	54
Graf 2. Rozdělení celkového počtu respondentů dle pohlaví	54
Graf 3. Rozložení respondentů dle věku.....	55
Graf 4. Věk studentů ZŠ dle pohlaví	55
Graf 5. Věk studentů SOU dle pohlaví	56
Graf 6. Věk studentů gymnázia dle pohlaví	56
Graf 7. Rozdělení studentů dle typu školy.....	57
Graf 8. Rozdělení studentů dle typu školy a pohlaví.....	57
Graf 9. Rozdělení studentů podle škol.....	58
Graf 10. Vztahy v kolektivu dle pohlaví.....	59
Graf 11. Vztahy v kolektivu dívky	59
Graf 12. Vztahy v kolektivu chlapci.....	59
Graf 13. Postoj k sobě ve srovnání s ostatními dle pohlaví.....	60
Graf 14. Postoj k sobě ve srovnání s ostatními dívkami.....	61
Graf 15. Postoj k sobě ve srovnání s ostatními chlapci	61
Graf 16. Vnímání fyzického vzhledu dle pohlaví.....	62
Graf 17. Vnímání fyzického vzhledu dívky.....	62
Graf 18. Vnímání fyzického vzhledu chlapci	63
Graf 19. Vnímání fyzického vzhledu všech respondentů celkem	63
Graf 20. Vnímání vlastní oblíbenosti u ostatních	64
Graf 21. Vnímání vlastní oblíbenosti u ostatních z pohledu dívek.....	64
Graf 22. Vnímání vlastní oblíbenosti u ostatních z pohledu chlapců	65
Graf 23. Vztahy v rodině dle pohlaví	66
Graf 24. Vztahy v rodině dívky (relativní četnost).....	66
Graf 25. Vztahy v rodině chlapci (relativní četnost)	67
Graf 26. Vztahy v rodině chlapci.....	67
Graf 27. Nároky rodičů dívky (relativní četnost)	68
Graf 28. Nároky rodičů chlapci (relativní četnost).....	68
Graf 29. Nároky rodičů u všech respondentů celkem.....	69
Graf 30. Vzdělání rodičů (absolutní četnost).....	69
Graf 31. Volnočasové aktivity dle pohlaví (absolutní četnost)	70
Graf 32. Volnočasové aktivity u dívek	71

Graf 33. Volnočasové aktivity u chlapců.....	71
Graf 34. Volnočasové aktivity u chlapců.....	72
Graf 35. Postoj k životním cílům dle pohlaví (absolutní četnost)	73
Graf 36. Postoj k životním cílům u dívek (relativní četnost).....	73
Graf 37. Postoj k životním cílům u chlapců (relativní četnost)	74
Graf 38. Postoj k životním cílům u všech respondentů (relativní četnost).....	74
Graf 39. Postoj k osobnímu rozvoji dle pohlaví (absolutní četnost)	75
Graf 40. Postoj k osobnímu rozvoji u dívek (relativní četnost).....	76
Graf 41. Postoj k osobnímu rozvoji u chlapců (relativní četnost)	76
Graf 42. Postoj k osobnímu rozvoji u respondentů celkem	77
Graf 43. Přehled studentů podle plánů studia do budoucna	78
Graf 44. Plán studia do budoucna u dívek	78
Graf 45. Plán studia do budoucna u chlapců	78
Graf 46. Věřící dle pohlaví (absolutní četnost).....	79
Graf 47. Rozdělení všech respondentů dle víry (relativní četnost).....	79
Graf 48. Rozdělení dívek dle víry (relativní četnost)	80
Graf 49. Rozdělení chlapců dle víry (relativní četnost).....	80
Graf 50. Negativní myšlení dle pohlaví (absolutní četnost)	81
Graf 51. Negativní myšlení u dívek (relativní četnost)	82
Graf 52. Negativní myšlení u chlapců (relativní četnost).....	82
Graf 53. Negativní myšlení u všech respondentů (relativní četnost).....	83
Graf 54. Negativní pocity u všech respondentů dle pohlaví (absolutní četnost)	84
Graf 55. Negativní pocity u dívek (relativní četnost)	84
Graf 56. Negativní pocity u chlapců (relativní četnost).....	85
Graf 57. Negativní pocity u všech respondentů.....	85
Graf 58. Pocit únavy u všech respondentů dle pohlaví (absolutní četnost).....	86
Graf 59. Pocit únavy u dívek (relativní četnost).....	87
Graf 60. Pocit únavy u chlapců (relativní četnost)	87
Graf 61. Pocit únavy u všech respondentů (relativní četnost)	88
Graf 62. Užívání návykových látek u všech respondentů dle pohlaví.....	89
Graf 63. Užívání návykových látek u dívek (relativní četnost).....	89
Graf 64. Užívání návykových látek u chlapců (relativní četnost)	90
Graf 65. Užívání návykových látek u všech respondentů (relativní četnost)	90

Graf 66. Depresivní pocity u všech respondentů dle pohlaví (absolutní četnost)	91
Graf 67. Depresivní pocity u dívek (relativní četnost)	92
Graf 68. Depresivní pocity u chlapců (relativní četnost).....	92
Graf 69. Depresivní pocity u všech respondentů (relativní četnost).....	93
Graf 70. Povědomí kam se obrátit s žádostí o pomoc při depresivním stavu dle pohlaví (absolutní četnost)	94
Graf 71. Povědomí dívek, kam se obrátit s žádostí o pomoc při depresivním stavu (relativní četnost).....	94
Graf 72. Povědomí chlapců, kam se obrátit s žádostí o pomoc při depresivním.....	95
Graf 73. Povědomí všech respondentů, kam se obrátit o pomoc při depresi.....	95
Graf 74. Skutečné a očekávané četnosti VO1.....	107
Graf 75. Skutečné a očekávané četnosti VO2.....	108
Graf 76. Skutečné a očekávané četnosti VO3.....	110

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Nejvíce stresové životní události	24
Tabulka 2. Rozdělení dle pohlaví a věku (absolutní četnost)	53
Tabulka 3. Relativní četnost rozložení pohlaví dle věkové kategorie	54
Tabulka 4. Relativní četnost rozložení pohlaví dle věku z celku	55
Tabulka 5. Vyhodnocení položky č. 3.	97
Tabulka 6. Vyhodnocení položky č. 4.	98
Tabulka 7. Vyhodnocení položky č. 5.	98
Tabulka 8. Vyhodnocení položky č. 6.	98
Tabulka 9. Vyhodnocení položky č. 7.	99
Tabulka 10. Vyhodnocení položky č. 8.	100
Tabulka 11. Vyhodnocení položky č. 9.	100
Tabulka 12. Vyhodnocení položky č. 10.	101
Tabulka 13. Vyhodnocení položky č. 11.	101
Tabulka 14. Vyhodnocení položky č. 12.	102
Tabulka 15. Vyhodnocení položky č. 13.	102
Tabulka 16. Vyhodnocení položky č. 14.	102
Tabulka 17. Vyhodnocení položky č. 15.	103
Tabulka 18. Vyhodnocení položky č 16.	104
Tabulka 19. Vyhodnocení položky č. 17.	104
Tabulka 20. Vyhodnocení položky č. 18.	104
Tabulka 21. Vyhodnocení položky č. 19.	105
Tabulka 22. Vyhodnocení položky č 20.	105
Tabulka 23. Skutečné a očekávané četnosti VO1	106
Tabulka 24. Skutečné a očekávané četnosti VO2	108
Tabulka 25. Skutečné a očekávané četnosti VO2	110

SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Milí studenti,

Jmenuji se Alena Stoklásková a studuji Magisterské studium obor Sociální pedagogika na UTB ve Zlíně. Ve vaší škole provádím výzkum ke své diplomové práci, která se zabývá zmapováním výskytu depresí u mladistvých. Tímto bych vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je anonymní a údaje budou využity pouze pro účely diplomové práce. Děkuji za Váš čas.

Základní údaje:

1. Věk

- méně než 14
- 14-15
- 15-18
- 18 a více

2. Pohlaví

- Chlapec
- Dívka

Postoj sám k sobě:

3. Jak vycházím s ostatními lidmi:

- S ostatními vycházím velmi dobře
- Občas se s někým pohádám
- Často se s někým pohádám nebo poperu

4. Jaké je moje sebevědomí:

- Jsem stejně dobrá/ý jako ostatní
- Když se budu snažit, můžu být dobrá/ý jako ostatní
- Nikdy nebudu dobrá/ý jako ostatní

5. Jak vnímám svůj fyzický vzhled?

- Vypadám velmi dobře
- Něco je na mě určitě pěkné
- Nevypadám dobře

6. Jak vnímám svoji oblíbenost?

- U většiny lidí jsem oblíben/a
- Nevím, jestli jsem oblíben/a
- Téměř nikdo mě nemá rád

Rodinné zázemí:

7. Vztahy v mé rodině jsou:

- Dobré
- Neutrální
- Špatné

8. Nároky rodičů na mě jsou:

- Jsou přiměřené
- Jsou nereálné
- Nevím

9. Jaké je vzdělání rodičů:

- Základní
- Středoškolské
- Vysokoškolské
- Nevím

Postoj k životu:

10. Svůj volný čas trávím nejraději:

- Sport
- V zájmovém kroužku
- PC, hrací konzoly
- Náboženské a jiné skupiny
- Venku s kamarády
- Četba, studium

11. Jaký je můj postoj k životním cílům?

- Vím, co budu v životě dělat
- Nevím, hledám, co by mě bavilo
- Nepřemýšlím o tom

12. Jaký je můj postoj k osobnímu rozvoji ?

- Vzdělání je pro mě důležité
- Vzdělání je na nic
- Nepřemýšlím o tom

13. Plánuji do budoucna studium na VŠ?

- Ano
- Ne
- Nevím

14. Jste věřící?

- Ano
- Ne

Deprese a projevy:

15. Jak často přemýšlím negativně?

- O špatných věcech skoro nikdy nepřemýšlím
- Mám strach, že se stane něco špatného
- Jsem přesvědčen/a, že se stane něco špatného

16. Jak se cítím?

- Málokdy se cítím špatně
- Často se cítím špatně
- Skoro pořád se cítím špatně

17. Jak často jsem unaven/a?

- Skoro nikdy se necítím unaven/a
- Občas se cítím unaven/a
- Skoro pořád se cítím unaven/a

18. Návykové látky

- Vyzkoušel jsem (občas užívám)
- Užívám
- Nemám zkušenost

19. Deprese je stav kdy po dobu minimálně posledních dvou týdnů přetrvávají stavy smutku nebo úzkosti, bez nějaké zjevné příčiny, příp. se k tomu může přidat neopodstatněná únava a vyčerpání. Měl takové stavy?

- Ano
- Ne
- Nevím

20. Pokud byste tyto potíže u sebe rozpoznali, komu byste se svěřili?

- Spolužákovi nebo kamarádovi
- Rodičům
- Pedagogickému pracovníkovi (učitel, výchovný poradce, atp.)
- Nevím

Děkuji za vyplnění dotazníku.