

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Adam Hružek

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Posouzení depresivní symptomatiky žáků střední zdravotnické školy

Olomouc 2020

vedoucí práce: doc. PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 1. 4. 2020

Adam Hrůzek

Poděkování

Tímto děkuji doc. PhDr. Lucii Sikorové, Ph.D., za odborné vedení této kvalifikační práce. Poděkování patří také managementu Střední zdravotnické školy ve Frýdku-Místku za umožnění realizace šetření, stejně jako žákům, kteří se výzkumu zúčastnili.

Adam Hružek

Obsah

ÚVOD	6
1 CÍL PRÁCE	7
2 TEORETICKÉ POZNATKY	8
2.1 Problematika deprese	8
2.1.1 Vymezení pojmu.....	10
2.1.2 Klasifikace afektivních poruch	10
2.1.3 Etiopatogeneze.....	11
2.1.4 Rizikové faktory	12
2.1.5 Preventivní faktory	14
2.1.6 Klinický obraz.....	16
2.1.7 Specifika u dětí a adolescentů.....	17
2.1.8 Diagnostika	19
2.1.9 Nástroje k posouzení depresivity	21
2.2 Klima třídy a školy.....	23
2.2.1 Vymezení pojmů.....	26
2.2.2 Utváření klimatu	27
2.2.3 Typologie klimatu.....	28
2.2.4 Konsekvence klimatu.....	29
2.2.5 Diagnostika klimatu	32
3 METODIKA PRÁCE	34
3.1 Výzkumné problémy	34
3.2 Cíle práce	35
3.3 Hypotézy	36
3.4 Charakteristika souborů	37
3.5 Metoda sběru dat.....	38
3.5.1 Beckova sebesposuzovací škála depresivity	38
3.5.2 Dotazník Classroom Environment Scale	39
3.6 Organizace výzkumu.....	41
3.7 Zpracování dat.....	41

4	VÝSLEDKY VÝZKUMU	43
4.1	Sociodemografické údaje	43
4.2	Vyhodnocení BDI-II	45
4.3	Vyhodnocení CES-A.....	46
4.4	Analýza rozdílů míry depresivní symptomatologie žáků.....	48
5	DISKUZE	67
5.1	Návrh využití výsledku pro praxi.....	76
	ZÁVĚR	78
	SOUHRN	79
	SUMMARY	80
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	81
	SEZNAM ZKRATEK	92
	SEZNAM TABULEK.....	93
	SEZNAM GRAFŮ	94
	SEZNAM PŘÍLOH.....	95
	ANOTACE	98

ÚVOD

V Evropě postihuje deprese 40 milionů lidí, což představuje 4,3 % evropské populace. Každý rok spáchá v Evropě sebevraždu 128 000 lidí. Deprese je hlavní příčinou těchto sebevražd. Zanedbatelné nejsou důsledky ekonomické. V Evropské unii se náklady na ztrátu produktivity v důsledku deprese odhadují na více než 70 miliard EUR ročně. Přesto 3 ze 4 lidí trpících depresí nejsou adekvátně léčeni. Deprese a úzkostné poruchy spadají mezi pět nejčastějších příčin nemocnosti dětí a adolescentů v evropském regionu. V zemích Evropské unie s nižšími příjmy je sebevražda hlavní příčinou úmrtí populace ve věku 10-19 let a druhou hlavní příčinou v zemích evropského regionu s vyššími příjmy. Kvalitní rodičovství, bezpečný domov a pozitivní vzdělávací prostředí ve školách jsou klíčové faktory ochrany a podpory duševního zdraví a duševního kapitálu v dětství a adolescenci (www.who.cz).

Existuje množství studií, které prokazují přítomnost depresivních symptomů u studentů připravujících se na výkon nelékařského zdravotnického povolání. Tato skutečnost vedla autora práce k volbě tématu. Hlavním cílem diplomové práce je zjistit míru depresivní symptomatologie žáků Střední zdravotnické školy ve Frýdku-Místku. Na základě poznatků plynoucích z této práce budou formulována doporučení, která mohou být uplatnitelná ve snaze školských pracovníků z řad pedagogů posilovat duševní zdraví dospívající mládeže. Nalezené hodnoty mohou být východiskem pro koncepci vzdělávacích programů na úrovni školy.

Práce má část teoretickou a empirickou. Teoretická část práce má dvě kapitoly. První kapitola je orientována na problematiku deprese se zaměřením na dospívající populaci. Druhá kapitola plynule navazuje na téma deprese v adolescenci a je věnována problematice klimatu v kontextu školy. V empirické části je představena výzkumná kohorta, organizace a metodika výzkumu, zpracování a interpretace získaných dat.

1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit míru depresivní symptomatologie žáků vybrané Střední zdravotnické školy ve Frýdku-Místku.

Dílčí cíle

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky různého věku.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky v jednotlivých ročnících.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílným pohlavím.

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílným rodinným statusem.

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní materiálního zajištění jejich rodin.

Dílčí cíl 6: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou kvalitou sociálního klimatu ve třídě.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Problematika deprese

Panují značné rozdíly v určení prevalence deprese. Epidemiologická data vypovídající o prevalenci jsou v různých studiích značně variabilní, což lze do určité míry vysvětlit zvolenou metodikou výzkumu a sociokulturní determinací daného prostředí.

Depresivní porucha je běžným problémem duševního zdraví u adolescentů na celém světě s odhadovanou prevalencí 4-5% (Thapar et al., 2012). Deprese se vyskytují asi u 1 % dětí předškolního věku, u 4 % dětí školního věku a u 4-8 % dospívajících (Raboch et al., 2012). Vavrysová (2018) uvádí četnost výskytu deprese u 1-8 % dětí a adolescentů. Celoživotní prevalence deprese v celé populaci se pohybuje mezi 5-20 % (Hosák et al., 2015). Podle Svobody, Českové, Kučerové (2012) je celoživotní prevalence depresivní poruchy v průměru kolem 16 %. Podle Vágnerové (2014) pak 10-18 %.

Depresivní symptomatologie u studentů ošetrovatelství byla sledována v indické analytické průřezové studii u 180 studentů ošetrovatelství, jejichž věkový průměr činil 19,84 let. Ke sběru dat byl použit Beckův inventář deprese. Přítomnost depresivní symptomatologie byla identifikována u 63,9 % respondentů. U 42,2 % participantů byl zjištěn mírný stupeň závažnosti a u 20,6 % střední stupeň závažnosti depresivní symptomatologie (Chatterjee et al., 2014). Studenti ošetrovatelství jsou v průběhu profesní přípravy konfrontováni se značnou psychickou zátěží. V Řecku mapovali prevalenci depresivní symptomatologie ve vztahu k suicidálním tendencím u studentů ošetrovatelství. Kohortu tvořilo 142 respondentů. Podíl žen ve vzorku atakoval hranici 81,7 %. Průměrný věk byl 21,5 let. Beckův inventář deprese zachytil depresivní symptomatologii u 44 % zúčastněných. Statistické testování potvrdilo přímou úměru mezi hladinou depresivních symptomů a sebevražednými myšlenkami (Melissa-Halikiopoulou et al., 2011). V roce 2018 byla publikována metaanalýza zahrnující 27 průřezových studií. Vzorek zahrnoval 8 918 studentů ošetrovatelství, jejichž věkový průměr se pohyboval od 17,4 do 28,4 let. V jednotlivých studiích byl podíl žen ve vzorku od 79 % do 100 %. Metaanalýzou dat bylo zjištěno, že studenti ošetrovatelství mají vysokou prevalenci depresivity, která byla detekována u 34 % studentů. Dále byly zjištěny významné rozdíly v prevalenci depresivity

u různých věkových skupin, přičemž vyšší výskyt byl zaznamenán u mladších studentů (Tung et al., 2018). Autor rakouské průřezové studie se pokoušel identifikovat prediktory úzkosti u studentů. Do výzkumného vzorku bylo zahrnuto 112 studentů ošetrovatelství, jejichž průměrný věk byl 21,42 let. Výsledkem studie byla detekce vysoké prevalence chronického stresu a úzkosti. Dalším výstupem studie bylo zjištění, že přítomnost depresivních symptomů a chronického stresu silně pozitivně koreluje s výskytem úzkosti (Augner, 2015). Posouzením korelace mezi úzkostí a depresí se zabývala longitudinální studie, která byla realizována v Egyptě. Kohorta zahrnovala 110 studentů ošetrovatelství. Průměrný věk studentů byl 17,4 let. Data byla sbírána pomocí standardizovaného dotazníku (Depression-Anxiety Scale). V prvním ročníku byla úzkost a deprese detekována u více než 50 % studentů. Pozoruhodné je zjištění, že ve čtvrtém ročníku byly tyto entity identifikovány u menšího počtu respondentů. Úzkost byla zjištěna u 45,5 % a deprese u 37,3 % osob. Dále byla prokázána významná pozitivní korelace mezi přítomností úzkosti a depresí (El-Bilsha, 2012). Na Srí Lance vznikla studie, v níž se autoři také zaměřili na posouzení depresí a úzkosti. Autoři posuzovali u studentů ošetrovatelství i stres. K posouzení uvedených entit uplatnili sinhálskou modifikaci škály depresí, úzkosti a stresu (Sinhala version of Depression, Anxiety and Stress Scale). Jednalo se o průřezovou studii, jejíž výzkumný vzorek je prezentován 92 studenty. Více než 2/3 vzorku byly ženy. Průměrný věk participantů byl 24,1 let. Nějaká míra přítomnosti depresivních symptomů, od mírných až po extrémně závažné, byla zjištěna u 51,1 % respondentů. Úzkost byla detekována u 59,8 % účastníků výzkumu a stres prožívalo dokonce 82,6 % zúčastněných. Autoři deklarují, že existuje signifikantní pozitivní korelace mezi depresí a úzkostí, mezi depresí a stresem, resp. mezi úzkostí a stresem (Rathnayake, Ekanayaka, 2016). Také v Evropě, konkrétně v Bulharsku, se autoři průřezové studie zaměřili na posouzení stresu a depresivní symptomatologie u studentů ošetrovatelství. Výzkumný soubor byl konstruován ze 100 studentů. Zastoupení žen bylo i v tomto případě dominantní. Ženy reprezentovaly 98 % vzorku. Posouzení stresu probíhalo prostřednictvím zkrácené verze standardizovaného nástroje stresorů (Questionnaire for stressors). Rovněž depresivní symptomatologie byla posuzovaná standardizovaným měrným nástrojem, k administraci autoři zvolili Beckův inventář depresí. Stres různé intenzity byl detekován u více než 3/4 zúčastněných. Depresivní symptomatologie pak u nadpoloviční většiny. Signifikantní pozitivní korelace mezi prožívaným stresem a depresivní symptomatologií byla potvrzena (Kostov et al., 2018).

2.1.1 Vymezení pojmu

Termín deprese znamená **snížení, pokles**. V souvislosti s duševním zdravím je deprese vymezena jako duševní stav charakterizovaný nadměrným smutkem (Vokurka, Hugo, 2015). Slovo deprese vychází z latinského slovesa deprimō, deprimere, depressi, depressus – stlačit (de – dolů a premere – tlačit). Tato etymologie naznačuje, co je významem slovesné formy slova deprese – stisknout, stlačit, snížit (např. výkon, míru energii, intenzitu určité snahy, náladu). Znamená to i sklíčit, stísnit, deprimovat, oslabit (např. aktivitu, fyzickou sílu). Deprimovaný značí postižený krizí, zbídačelý, propadlý něčemu. Pro vyjádření toho, co se depresí rozumí, se však používá řada jiných českých a cizích termínů - pokles, stísněnost, sklíčenost, krize, stagnace, ustrnutí, netečnost, otupělost, lhostejnost, melancholie, letargie, apatie, indolence, malaise, dysthymie (Křivohlavý, 2013). Depresivní jedinec má nepřetržitě nepříjemné negativní myšlenky a každá z nich participuje při udržování deprese. Tyto myšlenky nejsou založeny na objektivních faktech, ale realitu reflektují zkresleně, zveličeně, katastroficky a černě (Praško, Buliková, Sigmundová, 2012).

2.1.2 Klasifikace afektivních poruch

V současnosti je platnou klasifikací duševních poruch V. kapitola Mezinárodní klasifikace nemocí ve znění 10. decenální revize. Kapitola duševních poruch a poruch chování je identifikována písmenem F, za kterým následují dvě číslice. První označuje širší diagnostickou kapitolu, druhá upřesňuje typ poruchy označené první číslicí. Základními komponenty afektivních poruch jsou depresivní, manické a smíšené epizody. U těchto poruch je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi nebo k euforii. Tuto změnu nálady obvykle doprovází změna v celkové aktivitě. Většina ostatních příznaků jsou buď sekundární ke změnám nálady a aktivity, nebo mohou být snadno v tomto kontextu vysvětleny. Většina z těchto poruch má sklony recidivovat. Nástup individuální fáze je často iniciován stresovou událostí nebo situací (MKN-10, 2018). Stěžejní kategorie poruch nálady dle MKN-10 (2018) jsou Manická fáze (F30), Bipolární afektivní porucha (F31), Depresivní fáze (F32), Periodická depresivní porucha (F33) a Perzistentní poruchy nálady (F34).

Z poruch nálady má nejvyšší četnost **deprese**. Již dnes ve vyspělých státech pět z deseti příčin vedoucích k neschopnosti tvoří psychické poruchy (Svoboda, Češková, Kučerová, 2012). Stejně Hosák et al. (2015) uvádí, že depresivní porucha patří mezi nejčastěji se vyskytující duševní poruchy a svému nositeli způsobuje největší zátěž invalidizací.

2.1.3 Etiopatogeneze

Etiologie deprese dětí a adolescentů se nijak významně neliší od etiologie deprese dospělých (Vavrysová, 2018). Deprese je patologický stav, který souvisí s funkcí celého organismu. Těžké klinické formy deprese provází změny fungování endokrinního a hormonálního systému a změny bioelektrické aktivity synapsí. Byly identifikovány změny v produkci některých hormonů, zejména zvýšená produkce kortizolu, vlivem stimulů přicházejících do kůry nadledvinek z hypotalamu, který se vyznačuje významným vztahem k celkovému emocionálnímu stavu člověka. Stoupá sekrece prozánětlivých cytokininů. Byla pozorována snížená funkce noradrenergního, serotoninergního, dopaminergního nebo glutamatergního systému. Nedostatečná produkce neurotransmiterů je ovlivněna sníženou aktivitou noradrenalinu a 5-hydroxytryptalinu (odtud efekt některých antidepresiv). Byly identifikovány poruchy funkce některých oblastí mozku a jejich propojení, jako prefrontální kortex, hipokampus, amygdala či bazální ganglia (Křivohlavý, 2013; Raboch et al., 2012). V anamnéze osob s afektivní poruchou lze prokázat zvýšený výskyt různých stresových a negativních životních událostí (pohlavní zneužití nebo týrání v dětství, ztráta blízkého člověka, závažné změny v sociálním statusu). Některé typy osobnosti predisponují jedince ke vzniku afektivních poruch. Byl popsán melancholický typ osobnosti, který se vyznačuje zvýšeným smyslem pro pořádek, pro výkonnost a rozvinutou závislostí na blízkých osobách. Stejně tak některé charakterové vlastnosti potencují riziko vzniku afektivních poruch. Jedná se o rigiditu, obsedantnost, dominanci nebo závislost (Raboch et al., 2012). Výzkumem na žácích střední školy bylo prokázáno, že prediktorem depresivní symptomatologie je perfekcionismus (Levine et al., 2019). Genetická zátěž se uplatňuje především u těch jedinců, kteří během svého vývoje prodělali opakované a intenzivní stresové situace. Jsou objevovány genetické markery dispozice pro depresi, jako je exprese genů serotoninového přenašeče nebo serotoninových a glutamátových receptorů (Raboch et al., 2012). Svoboda, Češková, Kučerová (2012)

uvádějí, že psychosociální faktory figurují zejména v iniciální fázi onemocnění, při opakovaných epizodách nebývá jejich podíl tak významný. Praško, Buliková, Sigmundová (2012) zmiňují vlivy výchovy, kdy ztráta důležité osoby v dětství ať úmrtím, nebo rozchodem rodičů, mohou podmiňovat rozvoj deprese v dospělosti. Rovněž předčasná separace od matky, nadměrně kritická výchova, nedostatečná péče, týrání dítěte nebo naopak přílišné rozmazlování mohou determinovat rozvoj deprese v dospělém věku. Příčiny vzniku afektivních poruch jsou tedy biologické, psychosociální a genetické.

2.1.4 Rizikové faktory

Podle Hosáka et al. (2015) může deprese provázet mnoho tělesných onemocnění. Plně rozvinutá deprese v průběhu tělesného onemocnění často není jen symptomem nebo pouhou krátkodobou reakcí na somatické potíže, ale komorbidní poruchou, která zasluhuje pozornost stejně jako tělesné onemocnění. S rizikem komorbidní nebo symptomatické deprese souvisí metabolické poruchy, endokrinní poruchy, infekční a alergické nemoci, neurodegenerativní, cerebrovaskulární choroby a další somatická onemocnění.

Klinickou retrospektivní studií, která probíhala mezi lety 2010 až 2015 a do které bylo zahrnuto 13 326 německých dětí a dospívajících, bylo zjištěno, že prediktorem deprese jsou některá chronická onemocnění. Konkrétně mentální anorexie, ADHD, chronická sinusitida, nízký vzrůst v důsledku endokrinní poruchy, obezita, poruchy štítné žlázy a určité poruchy imunitního mechanismu. Riziko deprese se zvyšuje s počtem současně se vyskytujících chronických onemocnění (Kostev et al., 2019). Deprese je nejčastější psychiatrickou komorbiditou u osob s epilepsií. Mezi depresí a epilepsií navíc existuje obousměrný vztah. Deprese nemusí vznikat až po vzniku epilepsie, ale pořadí může být i opačné. Deprese v anamnéze představuje 4-7krát vyšší riziko rozvoje epilepsie (Tichácková, 2012). Bhavana, Kulkarni, Nagaraj (2017) se ve svém výzkumu zaměřili na posouzení rizikových faktorů depresivní symptomatologie u adolescentů s diabetem mellitem 1. typu. K posouzení depresivních symptomů použili Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9). Zjistili, že faktory jako nekontrolovaná glykémie, vyšší dávky inzulínu v rámci inzulínoterapie a nedodržování dietního doporučení, významně zvyšují míru depresivní symptomatologie. Ze závěrů aktuálních výzkumů je patrná vyšší hladina depresivních symptomů u obézních adolescentů ve srovnání s neobézními (Rath, Behura, 2015). Ukazuje se, že mezi obezitou a depresí existuje reciprocita. Z výsledků průřezové

studie vyplývá, že deprese v časně adolescenci je prediktorem rozvoje obezity v pozdní adolescenci (Marmorstein, Iacono, Legrand, 2014). Nejsilnější důkaz poskytuje meta-analýza 13 studií, kterou bylo zjištěno, že depresivní adolescenti měli zvýšené riziko vzniku obezity, a naopak obézní adolescenti měli zvýšené riziko vzniku deprese. Jinými slovy, tato meta-analýza prokázala obousměrnou souvislost mezi obezitou a depresí (Mannan et al., 2016).

Alvarez-Galvez, Gomez-Baya (2017) zkoumali socioekonomické faktory jako možné determinanty deprese a obezity. Z výsledků studie vyplývá, že nezaměstnanost a chudoba signifikantně pozitivně koreluje s výskytem depresivních poruch. Výsledky ukazují, že vyšší riziko chudoby na makroúrovni potencuje vliv vyšších hodnot BMI na prevalenci deprese. Autoři konstatují, že vztah mezi obezitou a depresí je v průměru silnější v zemích se špatnými socioekonomickými podmínkami a že depresivní poruchy se častěji vyskytují v nízkopříjmových skupinách a ve skupinách s nižším dosaženým vzděláním. Dalším výstupem je posouzení prevalence depresivních poruch v Evropě podle škály Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Prevalence dosahuje hodnoty 3,53 %. Tato hodnota zahrnuje osoby, které mají střední nebo závažné depresivní poruchy. Země jako Česká republika (6,41%), Estonsko (4,24%), Maďarsko (6,92%), Litva (4,44%), Polsko (5,93%), Portugalsko (8,13%) a Španělsko (5,48%) vykazují hodnoty, které jsou výrazně vyšší než evropský průměr.

Bylo realizováno mnoho klinických studií zabývajících se vztahem návykových látek a deprese. Jak vyplývá z výsledků studie, ve které Gandhi et al. (2017) analyzovali duševní zdraví manželek mužů s abusem alkoholu. Bylo zjištěno, že manželky mužů s abusem alkoholu vykazují ve srovnání s manželkami mužů bez abusu alkoholu statisticky významně vyšší míru deprese a úzkosti. Abusus alkoholu člena rodiny snižuje kvalitu života celé rodiny. Další studií, mapující souvislost návykových látek a deprese, je šest let probíhající longitudinální výzkum. Ze závěru jasně vyplývá, že vyšší hladiny depresivních symptomů v dětství korelovaly s častějším užíváním cigaret v adolescenci (Prinstein, La Greca, 2009). Mee (2014) přináší podobné zjištění. Jak bylo postulováno, hladina depresivní symptomatologie pozitivně koreluje s kouřením cigaret v adolescenci. Nejen, že jedinci s depresí ve srovnání s jedinci bez deprese častěji kouří, ale také je méně pravděpodobné, že kouřit vůbec přestanou (Weinberger et al., 2017). Výsledky posledních tří uvedených studií tedy implikují možné doporučení pro snižování prevalence kuřáctví.

Velmi aktuálním problémem se ve svém výzkumu zabývali Bickham, Hswen, Rich (2015). Zjišťovali, zda používání elektronických zařízení, jako jsou mobilní telefony,

televize, počítače, videohry a hudební přehrávače, mají vliv na míru depresivní symptomatologie adolescentů. Během jednoho roku bylo sledováno 126 participantů. Depresivita byla měřena modifikovanou verzí Beckova inventáře deprese. Používání mobilních telefonů a sledování televize bylo spojeno s vyšší hladinou depresivních příznaků.

2.1.5 Preventivní faktory

Existují důkazy o korelaci mezi deficitem vitamínu D a přítomností depresivních symptomů. U depresivní osoby s nedostatkem vitamínu D se jeho suplementace jeví jako účinná intervence (Gordon, Heather, Rebecca, 2017). Potvrzení významu vitamínu D na hladinu depresivních symptomů přinesly i další studie. Vitamín D může inhibovat symptomy deprese prostřednictvím účinků na neurotransmitery, metabolické procesy, biomarkery zánětu a oxidační stres. Autoři randomizované, dvojitě zaslepené studie zkoumali vliv suplementace vitamínu D na míru depresivních symptomů u pacientů s diagnostikovanou depresivní poruchou. Výzkumný vzorek 40 participantů byl náhodně rozdělen na dvě poloviny. Jedna polovina byla suplementována vitamínem D, kdežto druhé polovině bylo podáváno placebo po dobu osmi týdnů. Vzorky krve byly odebrány nalačno při výchozím a postintervenčním vyšetření pro kvantifikaci relevantních proměnných. Depresivní symptomy byly posuzovány Beckovým inventářem deprese. U skupiny suplementované vitamínem D byla detekována nižší míra depresivní symptomatologie měřena výše zmíněným dotazníkem (Sepehrmanesh et al., 2016). Huang, Gong, Bao (2018) si kladli za cíl určit, zda depresivní porucha u dospívajících je spojena s hladinami sérového 25-hydroxyvitamínu D a jódu v moči. Studovaný soubor byl konstruován z 270 adolescentů ve věkové periodě 8-16 let. Ženy byly v převaze, kterých bylo 145. Z celkového počtu účastníků 160 participantů mělo diagnostikovanou depresivní poruchu. Zjistili, že participantů s diagnostikovanou depresivní poruchou mají nižší koncentraci vitamínu D v séru a hladinu jódu v moči. Některé studie však profylaktický význam vitamínu D zpochybňují. Korelaci mezi 25-hydroxyvitamínu D a duševním zdravím se ve svém výzkumu zabývali také Callegari et al. (2017). Výzkumný vzorek byl sestaven z 353 zdravých žen ve věku 16-25 let. U probandů se posuzoval duševní stav dotazníkem Patient Health Questionnaire (PHQ-9) a Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). Participantů navíc nosili UV dosimetr ke kvantifikaci slunečního záření. Sérové hladiny

25-hydroxyvitaminu D nekorelovaly se změnami duševního zdraví. Nebyla prokázána asociace mezi hladinou vitaminu D a depresí nebo úzkostí. Odlišné závěry lze pravděpodobně do určité míry vysvětlit zvolenou metodikou, skladbou participantů a částečně vlivem provenience.

Zkoumáním proměnných, jakožto možných preventivních faktorů deprese, se zabývá řada dalších autorů. Objevuje se čím dál tím více prací, které poukazují na příznivý efekt cvičení na duševní zdraví. Kleppang et al. (2018) zkoumali konsekvence tělesné aktivity na duševní zdraví. Prokázali snížený výskyt depresivní symptomatologie u adolescentů, kteří vykonávají pohybovou aktivitu. Hlavním zjištěním této studie je, že síla asociace mezi fyzickou aktivitou a symptomy deprese závisí na kontextech fyzické aktivity. Důležitý se jeví kontext, ve kterém je pohybová aktivita vykonávána. Upozorňují na potřebu věnovat se pohybové aktivitě zejména organizované, což implikuje možnou roli sociální interakce vedle fyzické aktivity jako takové. Pozoruhodné zjištění přináší jiná studie, která analyzovala asociace mezi fyzickou aktivitou a duševním zdravím longitudinálně. Proměnné jako fyzická aktivita, depresivní symptomy a sebeúcta byly měřeny v průběhu jednoho roku. Pokles tělesné aktivity nebyl spojen se změnou depresivních symptomů nebo sebedůvěry u adolescentů. Výsledky naznačují, že změny v duševním zdraví adolescentů v průběhu jednoho roku jsou vysvětlovány jinými proměnnými než poklesem fyzické aktivity. Změny depresivních symptomů a sebeúcty byly předpovězeny hlavně jejich výchozími hladinami (Van Dijk et al., 2016). Další solidní výzkum mapující konsekvence pohybu na míru depresivních symptomů přináší Anbarasu, Chandramohan (2015). Šetření realizovali na 300 středoškolských žácích ve věkové periodě 15-18 let. Poměr počtu žen a mužů byl 1 : 1. Studovaný vzorek autoři rozdělili na dvě kohorty, experimentální a kontrolní. Jedinci v experimentálním vzorku pravidelně cvičili jógu. Míra depresivní symptomatologie byla identifikována Beckovým inventářem deprese. Z výsledků jasně vyplývá, že cvičení jógy významně redukuje míru depresivních symptomů. Autoři proto doporučují cvičení jógy jako ekonomickou, časově úspornou a efektivní metodu managementu deprese školních dětí.

2.1.6 Klinický obraz

V aktuálních publikacích se objevují dva hlavní vedoucí příznaky deprese, **smutek** a **pokleslá nálada**, a to jak u dětí, tak u adolescentů i dospělých. Snížení nálady či smutek jsou běžnou součástí lidského života. Náladu reflektuje, co subjekt aktuálně činí a souvisí s hodnocením sebe i okolností. Mírné poklesy nálady mohou být iniciovány i drobnými odchylkami od očekávání. Smutek je přirozená reakce na ztrátu, zejména jeli ireverzibilní. Smutek může trvat měsíce, nicméně člověk je schopný zastávat své pracovní a sociální role. Na smutek může deprese navazovat a od smutku se odlišuje větší intenzitou a délkou reaktivních příznaků. Při depresi navíc dochází k poruše fungování v každodenním životě (Praško, Buliková, Sigmundová, 2012). Přejídné pocity smutku a pokleslá nálada jsou běžnou životní zkušeností, přiměřenou a srozumitelnou adaptační reakcí na stres, na pocit frustrace, na ztrátu blízkého člověka. Od těchto psychofyziologických stavů je nutné diferencovat dlouhodobé nebo často se opakující psychopatologické změny nálady – depresivní poruchy (Hosák et al., 2015).

Depresivní porucha může proběhnout jako jedna fáze – **depresivní fáze**, nebo se tyto fáze mohou opakovat – **periodická depresivní porucha**. V klinickém obraze figuruje zhoršená nálada, úbytek energie a snížená aktivita. Objevuje se alterace smyslu pro zábavu, osobní zájmy a schopnost koncentrace. Po minimální námaze se dostavuje únava. Je narušen spánek. Zhoršuje se chuť k jídlu a libido. Je narušena sebedůvěra a sebehodnocení. Jsou přítomny pocity viny a beznaděje. Závažné jsou suicidální myšlenky. Vytrácí se zájem a pocity uspokojení. Pokleslá nálada se v časovém průběhu příliš nemění a nereaguje na okolní změny. Deprese se zhoršuje ráno. Ranní probouzení je o několik hodin dříve před obvyklou hodinou. Je patrná psychomotorická retardace i agitovanost (MKN-10, 2018).

V případě přítomnosti alespoň 4 z výše uvedených symptomů Laňková, Raboch (2013) hovoří jako o somatickém syndromu. Hosák et al. (2015) i Orel et al. (2016) označují depresi, která se primárně manifestuje somatickými příznaky, jako larvovanou (maskovanou). Tělesné příznaky „maskují“ psychickou podstatu poruchy.

Nejvýznamnější příznaky deprese jsou smutek, pesimismus, neschopnost se z čehokoliv radovat nebo na cokoli se těšit, pocity viny, vtíravé myšlenky, snížené sebehodnocení, zanedbávání péče o vlastní osobu, ztráta chuti k jídlu, ztráta libida a poruchy spánku charakterizované probouzením se během noci po několika hodinách

spánku (Svoboda, Češková, Kučerová 2012). Laňková, Raboch (2013) uvádí jako vedoucí příznaky deprese perzistující smutek nebo pokleslou náladu, výraznou ztrátu zájmu či potěšení z činností, které člověka dříve těšily a úbytek energie projevující se zvýšenou únavností a sníženou aktivitou. Mimo tyto hlavní příznaky bývají přítomny i příznaky vedlejší jako zhoršená schopnost koncentrace a pozornosti, snížené sebehodnocení a sebedůvěra, pocity viny, pesimismus, suicidální myšlenky nebo pokusy, poruchy spánku a nechutenství. Orel et al. (2016) uvádí, že v depresi je alterována koncentrace, schopnost soustředění a udržení pozornosti. Klesá mentální výkon, prodlužuje se reakční čas a zhoršuje se výbavnost paměti. Typickými znaky jsou ztráty energie a anhedonie. Deprese se projevuje sevřeným postavením těla, kdy deprese často obrazně „člověka ohýbá“. Projevuje se ve výrazu tváře sníženou mimikou. Gesta jsou nevýrazná a zpomalená. Řečový projev je snížen ve kvalitě i kvantitě. V hluboké depresi se objevuje zanedbávání péče o vlastní osobu a narůstá riziko sebevraždy.

2.1.7 Specifika u dětí a adolescentů

Pugnerová, Kvintová (2016) uvádí, že pro depresivní poruchu v dětském věku je charakteristické, že dítě má nepřiměřeně smutnou náladu. Důsledkem vzniká pocit beznaděje a ztráty vlastní hodnoty, pocit viny. Veškerá aktivita je utlumena, objevuje se apatie, ztráta motivace, zhoršení koncentrace, pozornosti a paměti. Dětskou depresi také doprovází somatické symptomy jako poruchy spánku, příjmu potravy a zvýšená únava. Podle Hosáka et al. (2015) se kromě charakteristických symptomů objevuje častěji sebepoškození a zvláště u mladších dětí mohou být patrné somatické příznaky, nejčastěji cefalea a abdominalgie.

Hort et al. (2008) uvádí, že u adolescentní populace se častěji než u dospělých vyskytují pocity nudy, předrážděnost, histrionské a riskantní chování, úzkost spojená s nadměrnou konzumací alkoholu nebo drog. Vyšší frekvenci mají pocity viny pramenící z vlastní nedostatečnosti. Častěji se objevuje zasněnost, izolace a náladové rozlady. Pro depresivního adolescenta je typické rychlé střídání apatie a lhostejnosti s mnohmluvností a překotným navazováním nových kontaktů bez adekvátní citové vazby. Smutek, bezmocnost a bezvýchodnost jsou asociovány s hostilitou a pseudofilozofováním, s úzkostným sebesledováním, hypochondrickými obavami, častými stesky na somatické potíže a únavu.

Mertin et al. (2012) diferencují symptomy deprese u mladších školních dětí, starších školních dětí a adolescentů. U mladších školních dětí se deprese obvykle projevuje emoční labilitou a podrážděností, střídáním pláče se smíchem, až záchvatovými výbuchy vzteku či pláče, útlumem střídaným s hyperaktivitou, sociální maladaptací a častými psychosomatickými obtížemi jako pomočování, neschopnost zadržet stolicí, okusování nehtů či noční děsy. U starších školních dětí se deprese manifestuje nesoustředěností, sníženou výkonností, málomluvností a zjevnou zahloubaností, sklíčeností, nejistotou až úzkostností, poklesem aktivity, izolací od kamarádů, bolestmi hlavy či zažívacími potížemi. Vedoucími příznaky deprese adolescentů jsou ztráta zájmů, sociální a komunikační stažení až sociální fobie, prudké změny nálad, impulzivita, snížené psychomotorické tempo, poruchy koncentrace, nerozhodnost, negativistické myšlení, pocity nudy, školní selhávání, změny hmotnosti, zvýšená únava a spavost, bolesti hlavy či různé hypochondrické stížnosti. Deprese adolescentů se nejvíce podobá depresivní epizodě dospělých.

Děti školního věku začínají verbalizovat své pocity, které lze pozorovat ve hře a fantazii. Součástí bývá nízké sebehodnocení, pocity viny a bezmoci a témata týkající se depresivních zážitků. Prvním pozorovaným projevem je zhoršení školních výsledků a prospěchu, což je zapříčiněno poklesem soustředění a koncentrace na učivo, ztrátou zájmu o učivo a zhoršením sociálních kontaktů se spolužáky. Projevy chování jsou značně variabilní, některé děti reagují na depresi klidem a jistým útlumem, jiné naopak zvýšenou aktivitou, vzdorovitostí a neposlušností. Hlavním příznakem je somatizace (bolest hlavy, zažívací potíže u dívek a zvýšení hmotností u chlapců) a chování nepřiměřené kontextu situace. Objevuje se regrese, somatické stesky a pesimismus. Až 40 % dětí s poruchami učení trpí depresí, která je spojena s opakovaným selháváním a neúspěchem ve škole (Vavrysová, 2018; Zelinková, 2011).

Obraz deprese v adolescenci je velmi podobný obrazu deprese v dospělosti, i přesto jsou zde však pozorovatelné specifické projevy vyskytující se právě v daném období. U adolescentů je typická ztráta zájmu, ztráta komunikace a sociálních kontaktů a určité stažení ze sociálního života, zhoršení kognice a selhávání ve škole. V klinickém obraze dále figuruje zoufalství a beznaděj, virtuální smutek, silné kolísání nálad, záchvaty pláče, potřeba být potrestán, zvýšená citlivost na neúspěch a kritiku, zvýšený pocit nudy, nedostatek energie a motivace, zvýšená spavost či nespavost, bolesti hlavy či břicha, impulzivita, úzkost a s ní související užívání návykových látek, netypické chování adolescenta a suicidální tendence. Právě riziko suicidia je v tomto období velmi vysoké,

a to až 6krát vyšší u depresivních adolescentů než u zdravé adolescentní populace. Depresivním adolescentům se také častěji zdají noční můry (Vavrysová, 2018).

Klinický obraz je velmi rozmanitý. Deprese se manifestuje symptomy z oblasti kognitivní, emoční, afektivní, motorické, somatické i sociální, a to jak u dětí, tak u adolescentů a dospělých. Základní příznaky jsou identické ve všech věkových obdobích, avšak objevují se v různé intenzitě a podobě korespondující s vývojovou úrovní depresivního jedince (Hort et al., 2008).

2.1.8 Diagnostika

Průměrný věk, kdy je depresivní porucha diagnostikována, je 27 let, avšak v reálném životě bývá pozorován počátek depresivní symptomatologie mezi 15. a 19. rokem věku (Svoboda, Češková, Kučerová, 2012). Preiss, Vraná, Kuchařová (2010) realizovali výzkum u 200 osob ve věku 15-92 let, kdy průměrný věk byl 40,37 let. Zjistili, že zvýšenou hladinu depresivních symptomů mají právě jedinci ve věkové kohortě 15-19 let.

Deprese je dvakrát častější u žen než u mužů (Vágnerová, 2014). Také Svoboda, Češková, Kučerová (2012) a Praško, Buliková, Sigmundová (2012) shodně uvádí, že ženy trpí depresí dvakrát častěji než muži. Křivohlavý (2013) naopak uvádí, že představa, že žen trpících depresí je asi dvakrát více nežli mužů, se v poslední době radikálně mění, ukazuje se, že dvakrát méně mužů, nežli žen navštíví lékaře či psychologa, když mají relativně stejné depresivní obtíže. Výsledky studie ukazují, že ve výskytu deprese v adolescenci jsou ženy v silné převaze (2 : 1). Rozdíly mezi pohlavím v prevalenci deprese jsou signifikantní, i když důvody pro tento fenomén nejsou zcela objasněny. Ukazuje se, že nástup deprese v období dospívání je spjat více s ženskými hormonálními změnami než s chronologickým věkem. Důkazy o vyšší prevalenci deprese u žen poskytuje mnoho epidemiologických a klinických studií napříč různými metodami hodnocení. Je proto nepravděpodobné, že by rozdíly mezi pohlavím ve výskytu deprese byly pouze kvůli rozdílům v hledání pomoci nebo v hlášení příznaků (Thapar et al., 2012).

Diagnostickým kritériem deprese je podle MKN-10 přítomnost dvou hlavních a minimálně dvou vedlejších symptomů. Příznaky musí být přítomny minimálně 2 týdny, v dostatečné tíži po většinu dnů a většinu času v průběhu dne. Jestliže jsou příznaky neobvykle výrazné a mají prudký začátek, je možné jejich trvání i kratší dobu než 2 týdny (Laňková, Raboch, 2013). Neexistují žádná objektivní kritéria diagnózy depresivní

poruchy ve smyslu laboratorního vyšetření. Klinická diagnostika se opírá o pečlivý odběr anamnézy, posouzení psychopatologie a neurosomatického stavu jedince. V rodinné anamnéze je důležité orientovat se na výskyt afektivních a jiných duševních poruch. V osobní anamnéze jsou relevantní údaje o historii somatických onemocnění a získat přehled o závažných životních událostech, které mohly mít patogenní vztah k depresi (Hosák et al., 2015). V rámci komplexního posouzení osoby suspektní na depresi je nutné zhodnotit délku trvání příznaků, zdali jde o první nebo opakovanou epizodu, závažnost symptomů, stupeň funkčního postižení ve vztahu k možné depresi, přítomnost psychotických příznaků, dostupnost sociální podpory a riziko suicidia (Laňková, Raboch, 2013). Významná je farmakologická anamnéza. U těžších depresí je někdy nutná součinnost osoby blízké. Pro rychlou orientaci může být přínosné uplatnění některého z mnoha dotazníků k posouzení přítomnosti deprese (Hosák et al., 2015).

Úkolem učitelů v této souvislosti není přesná diagnostika poruch, které často spadají do oblasti medicínské klasifikace nemocí, a jejich diagnostika je proto v kompetenci psychiatrů a klinických psychologů, tedy odborníků v této problematice vzdělaných. Úkolem pozorného učitele profesionála je neobvyklé a rizikové projevy identifikovat a věnovat jim zvýšenou pozornost. Učitel by měl být způsobilý prostřednictvím pozorování žáků v průběhu hodin, během jejich interakcí se spolužáky o přestávkách a také během mimoškolních akcí nashromáždit množství informací, na jejichž základě lze podezření na rizikové projevy určitého patologického jevu potvrdit či vyvrátit. Zdrojem podnětných informací může být sledování interakce dítěte s jeho rodiči a jeho chování v průběhu vícedenní akce, kde je možno vidět chování dítěte v situacích, které ve škole nejsou běžné. K objasnění pozorovaných projevů a doplnění dalších potřebných informací může být přínosný rozhovor s dítětem. Při podezření na problematické dění v životě dítěte je důležité věnovat rozhovoru dostatek času a pozornosti, přistupovat k dítěti i problému obezřetně a citlivě, neboť neopatrným zásahem může dojít spíše k ublížení než pomoci, nebo může dojít k promarnění příležitosti k rozhovoru, která se už nemusí opakovat (Mertin et al., 2012). Pedagogicko-psychologická diagnostika orientovaná na dítě či dospívajícího se zaměřuje zejména na jeho osobnostní výbavu, přání, potíže, potřeby a na způsoby jejich uspokojování. Zahrnuje posouzení prostředí a sociální systémy, v nichž se žák nachází. Zaměřuje se na předpoklady zvládnout očekávané školní nároky a na zjišťování údajů důležitých pro zařazení jedince do relevantního edukačního proudu (diferenciace potřeb žákovské populace podle intelektových předpokladů, talentů a kreativity). Orientuje se na zjišťování příčin poruch chování a sociálního vývoje (Jedlička, Kořa, Slavík, 2018).

Deprese může být reakcí na opakované školní selhávání a příliš kritické postoje okolí. Stejně jako v případě úzkostných stavů nemusí být deprese rodiči a pedagogy rozpoznána. Nevhodné chování a slabý prospěch jsou přisuzovány lenosti, nezájmu a nižším rozumovým schopnostem (Zelinková, 2011).

2.1.9 Nástroje k posouzení depresivity

Přítomnost depresivních symptomů lze detekovat řadou standardizovaných dotazníků a škál. Míra depresivních symptomů u adolescentů může být adekvátně posouzena škálou Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). Depresivní symptomy jsou posuzovány za období posledního týdne. CES-D je 20 položková škála Likertova typu. Obsahuje položky, které sledují smutek, pocity viny a beznaděje, ztrátu chuti k jídlu a poruchy spánku. Celkový skóre variuje od 0 do 60 bodů, kdy vyšší skóre vypovídá o závažnější depresivní symptomatologii. Doporučený cut off skóre je 16 nebo 20. Při těchto cut off skórech dosahovala senzitivita 1,0. Specifičnost dosahovala při cut off skóre 16 pouze 0,13, resp. 0,29 při cut off skóre 20. CES-D dosahuje vysoké vnitřní konzistence s hodnotou Cronbachova alfa 0,87. Zkrácená verze tohoto nástroje vykazuje u adolescentní populace srovnatelné psychometrické vlastnosti (Yang et al., 2019). Velmi používaným nástrojem je Children's Depression Inventory (CDI) (Sokratis et al., 2017). Metoda je určena pro děti od 7 do 17 let. Škála obsahuje 27 položek, které jsou hodnoceny na tři bodové škále. Celkový rozsah skóre je od 0 do 54 bodů (Nalugya-Sserunjogi et al., 2016). CDI umožňuje posouzení symptomů deprese v oblasti kognitivní, afektivní a behaviorální za období posledních dvou týdnů (Watson et al., 2014). Kromě celkového skóre lze zjišťovat i skóre pěti subškál: špatná nálada, interpersonální potíže, nevykonnost, anhedonie a negativní sebehodnocení, Vnitřní konzistence Cronbachovy alfa hodnoty se pohybuje od 0,76 do 0,88 (Sokratis et al., 2017). Validním a reliabilním nástrojem k detekci deprese u adolescentů je devíti položkový Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9). Položky reflektují kritéria deprese dle DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition). Respondenti hodnotí, jak se cítí v posledních dvou týdnech. Rozsah skóre každé položky činí 0-3 (0 vůbec ne, 1 několikrát, 2 více než polovinu všech dní, 3 téměř každý den), celkový rozsah výsledného skóre je tudíž 0-27. Vyšší skóre predikuje vyšší závažnost depresivní symptomatologie. Aplikaci této metody na studentech byl zjištěn koeficient vnitřní konzistence Cronbachovy alfa 0,854, senzitivita

0,89 a specifičnost 0,97 při nastaveném cut off skóre 11 (Zhang et al., 2013). Běžně používaným nástrojem k identifikaci hladiny depresivní symptomatologie je Beckova sebeposuzovací škála depresivity (Gottfried, 2015). Tomuto dotazníku je věnováno více pozornosti v empirické části, neboť se jedná o nástroj použitý ke sběru dat pro účely tvorby této práce.

2.2 Klima třídy a školy

Shochet, Smith (2014) realizovali studii, kde analyzovali vztahy mezi klimatem třídy, propojenosti se školou (school connectedness) a mírou depresivní symptomatologie adolescentů. Výzkumu se účastnilo 504 adolescentů. Proměnné byly měřeny standardizovanými nástroji. K detekci depresivních symptomů byl použit známý Children's Depression Inventory (CDI), k posouzení klimatu třídy Classroom Environment Scale (CES) a propojenost žáků se školou byla zjišťována prostřednictvím Psychological Sense of School Membership Scale (PSSM). Výsledky naznačují, že podpora propojenosti žáků se školou a podpůrného klimatu třídy má pozitivní dopad na duševní zdraví adolescentů, konkrétně ovlivněním hladiny depresivních symptomů.

Souvislost školního prostředí s hladinou depresivní symptomatologie adolescentů zkoumali také Joyce, Early (2014). Navíc svůj výzkum rozšířili o posouzení vlivu podpory žáků ze strany učitele na míru depresivních symptomů adolescentů. Propojenost žáků se školou byla zjišťována prostřednictvím pěti položek. Cítím se blízko k lidem v této škole, Mám pocit, že jsem součástí této školy, Studenti v této škole mají předsudky, Jsem rád, že jsem v této škole a Cítím se v této škole v bezpečí. Položky byly žáky hodnoceny na pětibodové stupnici od 1 (silně souhlasím) do 5 (silně nesouhlasím). K měření podpory žáků ze strany učitelů bylo použito dvou položek. Jak často jste měli problémy se svými učiteli od začátku školního roku? Kategorie odpovědí se pohybovaly od 0 (nikdy) do 4 (každý den). Máte pocit, že se o vás vaši učitelé zajímají? Kategorie odpovědí se pohybovaly od 1 (vůbec) do 5 (velmi). Depresivní symptomy byly posuzovány pomocí CES-D. Výstupy této studie lze formulovat lakonicky jednou větou. Vyšší intenzita propojenosti žáků se školou koreluje s nižší mírou depresivní symptomatologie a vyšší intenzita podpory žáků ze strany učitele koreluje s nižší mírou depresivní symptomatologie. Na tomto místě je vhodné si uvědomit, že korelace neimplikuje kauzalitu.

Deprese je závažným a rozšířeným problémem duševního zdraví adolescentů. Adolescenti stráví ve škole přibližně 15 000 hodin, proto je školní prostředí logickým místem k hledání etiologických faktorů. Výzkumy ukazují negativní korelace mezi kvalitou školního klimatu a depresi adolescentů, avšak tyto výzkumy většinou pracují s údaji získanými právě od adolescentů. Když stejný jedinec poskytuje informace o všech

proměnných, tak to může přispívat k nadhodnocení odhadů asociací. Proto vznikla studie, která zkoumá souvislost mezi kvalitou školního klimatu referovanou učiteli a depresivními symptomy hlášenými adolescenty. Tohoto pětiletého longitudinálního výzkumu se zúčastnilo 2 545 australských studentů středních škol a 882 učitelů. Každoročně byla sledována závažnost depresivní symptomatologie u studentů a stejně tak jejich učitelé vyplnili dotazník k posouzení kvality školního prostředí. Analýzy ukázaly, že učitelé pozitivně vnímané školní klima koreluje s nižší hladinou depresivních symptomů adolescentů, a to chlapců i dívek, avšak použití jiné metody statistické analýzy naznačuje, že tato asociace byla u dívek silnější (Pössel et al., 2016).

Brière et al. (2013) prospektivně zkoumali korelace mezi sociálně-vzdělávacím prostředím a hladinou depresivních symptomů u adolescentů. Každoročně sledovali 5 262 adolescentů ze 71 středních škol. Sociálně-vzdělávací prostředí zahrnovalo čtyři dimenze, a sice sociální klima, možností učení, spravedlnost a jasnost pravidel a bezpečí. K měření použili Socio-Educational Environment Questionnaire. Depresivní symptomy byly posuzovány pomocí Center for Epidemiologic Studies Depression scale. Z výsledků této longitudinální studie plyne, že adolescenti, kteří navštěvují střední školu s lepším sociálně-vzdělávacím prostředím, mají nižší riziko vzniku depresivních symptomů. Zdá se, že prostředí školy má větší vliv na hladinu depresivních symptomů u dospívajících dívek než chlapců. Výsledky jiné studie naznačují, že školy hrají důležitou roli při poskytování bezpečného a podpůrného prostředí ve prospěch žáků mužského pohlaví. Na Novém Zélandu byl realizován výzkum, jehož účelem bylo zjistit, zda žáci sexuální menšiny v prostředí podpůrného školního klimatu vykazují nižší míru depresivních symptomů a nižší míru sebevražedných plánů a pokusů než žáci sexuální menšiny v méně podpůrném školním prostředí. Výzkum probíhal na 9 956 žácích z 96 středních škol na Novém Zélandu. Žáci odpovídali na otázky zaměřené na oblast zdraví a pohody, sexuálních preferencí, depresivních symptomů a sebevražedných myšlenek a pokusů. Uváděli své zkušenosti s podpůrným prostředím ve škole a s šikanováním homosexuálů, bisexuálů a transsexuálů. Učitelé z účastnických škol vyplňovali dotazníky o aspektech školního klimatu, a jak jsou jejich školy podnětné vůči žákům sexuální menšiny. Z výsledků vyplývá, že podpůrné školní klima je spojeno s nižší mírou depresivní symptomatologie a sebevražedných myšlenek a pokusů u žáků sexuální menšiny, ale nikoliv u žákyň sexuální menšiny (Denny et al., 2016).

Dokonce se ukazuje, že pozitivní školní klima přispívá k destigmatizaci depresivních poruch, resp. méně stigmatizujícím přesvědčením mezi studenty (Townsend et al., 2017)

a je prediktorem optimismu u studentů (Oberle et al., 2018). Pozitivní vnímání školního klimatu koreluje s nižším výskytem sebevražedných myšlenek a sebevražedného chování u žáků středních škol. Suportivní, bezpečné a pozitivní školní prostředí je nezbytnou komponentou moderní školy a vytváří podmínky, kde mohou žáci prospívat akademicky, sociálně, behaviorálně a emocionálně (La Salle et al., 2017).

Jak je patrné z výsledků izraelské studie, pozitivní školní klima je významným zdrojem resilience. Studie je postavena na výpovědích 534 izraelských středoškolských žáků, kteří žijí pod vlivem neustálého násilí v důsledku etnicko-politického konfliktu v tamním regionu. Školní klima bylo v této studii měřeno pomocí California School Climate and Safety Survey (CSCSS). Jedná se o škálu Likertova typu, která popisuje školní klima v šesti dimenzích. Podpora ze strany učitele, angažovanost žáků, pravidla ve škole, propojenost se školou, vybavení školy a bezpečí ve škole. Ukazuje se, že podpůrné školní klima je významný faktor při zvládnání posttraumatické stresové poruchy. Riziko posttraumatické stresové poruchy navíc klesá se zvyšující se školní docházkou (Yablon, 2015). Riekie, Aldridge, Afari (2017) ve své studii analyzovali vztah školního klimatu k resilienci a morální identitě adolescentů. Výzkumný soubor zahrnoval 618 respondentů, kteří byli rekrutováni z 15 katolických středních škol v Jižní Austrálii. Respondenti byli ve věku 16 až 17 let. Sociální klima bylo hodnoceno metodou What is Happening In This School (WHITS). WHITS zkoumá prostřednictvím 48 položek šest proměnných klimatu, kterými jsou podpora ze strany učitelů, vzájemná propojenost studentů, propojenost se školou, respekt odlišnosti, jasnost pravidel a možnost vyhledání pomoci. Resilience a morální identita byla hodnocena dotazníkem vytvořeným autory pro účely této studie. Výsledky ukazují statisticky významné vztahy mezi vybranými oblastmi klimatu školy a sledovanými proměnnými. Z výsledků plyne, že pět z šesti hledisek školního klimatu pozitivně korelovalo s úrovní resilience adolescentů. Těmito jsou podpora učitelů, vzájemné propojení studentů, propojení se školou, jasnost pravidel a možnost vyhledání pomoci. Čtyři z šesti oblastí školního klimatu pozitivně korelovaly se smyslem pro morální identitu. Konkrétně jasnost pravidel, vzájemné propojení studentů, respekt odlišnosti a možnost vyhledání pomoci.

Vliv na přítomnost depresivních symptomů má i lokalizace školy. Byla zjištěna nižší míra depresivních symptomů u adolescentů z vesnických škol, než u adolescentů navštěvujících městské školy (Vavrysová, 2018).

2.2.1 Vymezení pojmů

Při deskripci a explanaci sociálně psychologických jevů ve škole je různými autory užíváno více pojmů. Pracují s pojmy atmosféra, prostředí, klima a kultura. Mezi těmito pojmy však existují významové odchylky. V dalších částech této práce budou používány převážně pojmy klima třídy, psychosociální klima třídy a klima školy, které se jeví pro zaměření této práce jako nejrelevantnější.

Klima třídy je dlouhodobý jev, je typický pro žáky dané třídy a pro ty učitele, kteří v této třídě vyučují. Zahrnuje sociálně-psychologické komponenty, tak jak je spoluvytvářejí, vnímají a hodnotí žáci i učitelé (Mareš, 2013). Čapek (2010) chápe třídní klima jako souhrn subjektivních hodnocení a sebehodnocení vnímání, prožitků, emocí a vzájemného působení všech zúčastněných, které v nich jako ve spolutvářících a konzumentech vyvolávají edukační i jiné aktivity v daném prostředí.

Psychosociální klima třídy označuje ustálené postupy vnímání, prožívání, hodnocení toho, co se ve třídě již odehrálo, nebo aktuálně odehrává. Jsou to názory jednotlivých aktérů školního vyučování (Mareš, 2013). Jedlička, Kořa, Slavík (2018) uvádí, že psychosociální klima třídy představuje dlouhodobější mikrosociální prostředí vytvářené emocionálním naladěním účastníků výuky, jejich postoji a vztahy.

Klima školy je založeno na vzorcích zkušeností lidí ze školního života a odráží normy, cíle, hodnoty, mezilidské vztahy, vyučovací a učební postupy a organizační struktury (Thapa et al., 2013). Čapek (2010) chápe klima školy jako souhrn subjektivních hodnocení a sebehodnocení účastníků vzdělávání v dané škole, které se týká všech aspektů vzdělávání. Jeho součástí je jejich vzájemná komunikace a sociální vztahy, stejně tak jejich vnímání prostředí, prožitky, emoce a další sociální a duševní procesy, které děje v této škole vyvolávají. Mareš (2013) charakterizuje klima školy jako dlouhodobou záležitost, sociálně konstruovanou, vázanou na osoby, které se školou přicházejí do styku. Shrnuje jejich subjektivní pohledy na to, co se ve škole děje a jak škola funguje. Grecmanová et al. (2012) chápou klima školy jako projev celého školního prostředí (kulturní, sociální, personální a ekologické oblasti) ve vnímání, prožívání a hodnocení žáků, učitelů, rodičů a dalších aktérů školního života.

V zahraniční literatuře se uplatňuje označení „classroom environment“, tj. prostředí třídy, nebo „learning environment“, tj. prostředí pro učení, učební prostředí. Obvykle se tím rozumí nejen prostředí fyzikální, ale i prostředí sociální (Mareš, 2013). Při vyhledávání

relevantních textů v e-zdrojích byla výše uvedená primární hesla rozšířena o další, která se v literatuře zahraniční provenience používají. Jedná se o hesla classroom climate, school climate, school environment a school connectedness.

2.2.2 Utváření klimatu

Klima třídy se vyznačuje určitými znaky. Je to skupinová, nikoliv individuální záležitost. Je sociálně konstruované, vzniká nejen osobní zkušeností jedinců, ale také diskuzi mezi žáky navzájem, mezi učiteli navzájem, mezi učitelem a žáky, mezi žáky a rodiči. Je sociálně sdílené a ovlivňováno širším sociálním kontextem, v němž školní třída funguje (Mareš, 2013). Klima ve třídě je ovlivňováno prostřednictvím různých mechanismů. Jsou to zejména komunikační a vyučovací postupy učitele, struktura participace žáků ve vyučování, preferenční postoje učitele, očekávání učitele k žákům a klima školy, jejíž součástí je daná třída (Průcha, 2017). Zdrojem utváření klimatu třídy jsou všichni žáci dané třídy, skupinky žáků v dané třídě a žáci jako jednotlivci. Během vyučování se spolutvůrcem klimatu stává vyučující, který žáky vyučuje v určitém předmětu a často se na formování klimatu podílí i třídní učitel dané třídy (Mareš, 2013). Kantorová et al. (2010) považuje za činitele školního prostředí jednak žáky a učitelé, ale také vedení školy, provozní zaměstnance a rodiče. Průcha (2017) uvádí, že názory na to, kdo je zdrojem utváření klimatu ve třídě, nejsou mezi odbornou komunitou jednotné. Někteří odborníci soudí, že hlavním tvůrcem jsou žáci, jiní míní, že hlavním zdrojem je učitel.

Fatima et al. (2018) zjišťovali a porovnávali třídní prostředí škol veřejného a soukromého sektoru. Ke sběru dat použili dotazník, který zahrnoval kategorie fyzické, behaviorální, sociální, motivační a akademické prostředí. Studovaný soubor tvořili studenti dvou veřejných a dvou soukromých škol. Respondenti byli vybíráni náhodným výběrem. Výsledky ukazují, že soukromé školy dosahují ve srovnání s veřejnými školami statisticky významně lepších výsledků v kategorii fyzické prostředí. Také v ostatních sledovaných kategoriích dosahují soukromé školy lepších výsledků než školy veřejné, nicméně tyto rozdíly nejsou statisticky významné.

Pozitivní školní klima podporuje rozvoj mládeže a učení nezbytné pro produktivní a uspokojující život v demokratické společnosti. Toto klima zahrnuje normy, hodnoty a očekávání, která pomáhají lidem cítit se sociálně, emocionálně a fyzicky bezpečně. Lidé jsou angažováni a respektováni. Studenti, rodiny a pedagogové spolupracují na rozvoji,

životě a přispívají ke společné vizi školy. Pedagogové modelují a vychovávají postoj, který klade důraz na výhody a uspokojení z učení. Každý člověk přispívá k provozování školy a k péči o fyzické prostředí (Thapa et al., 2013).

Pozitivní prostředí není determinováno prostorami samými, ale pohodu prostředí vytvářejí lidé, kteří toto prostředí navštěvují a v něm pracují. Pohoda prostředí je jedním z pilířů strategického programu Světové zdravotnické organizace Zdravá škola s oficiálním názvem Škola podporující zdraví. Cílem programu je implementovat strategii podpory zdraví na podmínky školy a přispět k její účasti na vlastní proměně a rozvoji. Záměrem proměny je trvale přispívat k optimálnímu vývoji a rozvoji každého jednotlivce, v součinnosti s rodiči a obcí, po stránce tělesné, duševní, sociální a duchovní (Čapek, 2010).

2.2.3 Typologie klimatu

Grecmanová et al. (2012) a Kantorová et al. (2010) ve svých publikacích identicky uvádí typologii podle klasických výchovných stylů, jejichž autory jsou Friedrich Oswald a jeho spolupracovníci, kteří typy klimatu školy vymezili na autoritativní (funkčně orientované), demokratický (sociálně-integrativní) a liberální (distanční). Autoritativní klima školy je charakteristické špatnými vztahy mezi učiteli a žáky. Žáci si stěžují na tvrdou disciplínu, tlak na výkon a omezenou možnost zapojit se do diskuze. Mezi žáky se objevují opoziční postoje, ctižádostivé soutěžení a konkurenční boj, nechť ke škole a větší strach ze školy. Demokratické klima se projevuje tolerancí učitelů k žákům. Učitelé žákům často pomáhají, podporují jejich individuální potřeby a minimálně iniciují stresové situace a žáci učitelům důvěřují. Vztahy mezi žáky a učiteli jsou nadprůměrné a pozitivních hodnot rovněž dosahují vztahy mezi učiteli a kontakty učitelů s ředitelem. Požadavky na výkon jsou adekvátně vysvětleny. Nechť ke škole a strach ze školy se u žáků objevují jen na velmi nízké úrovni. Žáci mají velmi vysokou motivaci, pociťují radost ze školy a chuť učit se. Liberální klima lze popsat negativními vztahy mezi učiteli a žáky, avšak velmi dobrými vztahy mezi spolužáky. Žáci mají nízkou motivaci učit se, nechť ke škole, ale nemají strach ze školy. Angažovanost učitelů je nízká, nevyžadují disciplínu a někdy zažívají stresové situace. Negativní hodnoty se vyskytují ve vztazích mezi učiteli i ve vztahu mezi učiteli a ředitelem. U jednotlivých typů klimatu školy lze dále rozlišit, zda působí pozitivně nebo negativně na účastníky školního života.

Mareš (2013) publikuje typologii psychosociálního klimatu školy podle určitých kritérií. Klima diferencuje podle míry konzistentnosti, míry otevřenosti, aktérů, preferovaného zaměření školy, zdravotních dopadů, časového hlediska, preferovanosti (žádoucnosti), dynamiky, specifičnosti, komunity, vzdělávacího programu školy, vztahu školy ke změně, geneze školy a podle vztahu školy k participaci rodičů.

2.2.4 Konsekvence klimatu

Klima třídy má vliv na sociální chování žáků, na jejich motivaci k výkonu, na průběh učení i na výsledky vzdělávání. Negativní klima nepříznivě ovlivňuje dění ve třídě, které může vyústit ve ztrátu motivace, ke špatným učebním výsledkům, nebo dokonce k neurózám či jiným zdravotním potížím (Kalhous et al., 2009). Dokonce se ukazuje, že nepříznivé školní klima může mít vliv i na somatické zdraví, konkrétně na zvýšený výskyt nadváhy u adolescentních dívek (Milam et al., 2017). U žáků, kteří vnímají školní klima negativně, se častěji vyskytuje bolest hlavy a vyrážka (Demuthova, 2019). Nepříznivé klima snižuje nejen efektivitu výchovně-vzdělávacího procesu a oblibu školy ze strany žáků, přičemž zvyšuje i výskyt kázeňských problémů, ale také je zdrojem nadměrné psychické zátěže učitelů a častou příčinou učitelského stresu (Jedlička, Kořa, Slavík, 2018). Negativní vztah žáků ke vzdělávání (či škole a učitelům) je významným kriminogenním faktorem a lze jej považovat za jeden z možných prediktorů delikventního chování (Vavrysová, 2018). Tam, kde se učitelům a žákům podařilo zlepšit klima ve výuce, se zvýšila připravenost žáků na výkon i jejich sebevědomí, více si troufali na nové úkoly, vnímali se jako schopnější zvládat sociální konflikty a optimističtěji se dívali do budoucnosti (Kantorová et al., 2010). Dokonce se ukázalo, že suportivní vnímání pedagogů žáky je spjato s nižší mírou předčasného ukončení školní docházky na středních školách (Jia, Konold, Cornell, 2016). Persson (2015) analyzoval korelaci mezi otevřeným třídním klimatem a mírou politických a občanských vědomostí žáků gymnázia. Otevřenost klimatu ve třídě autor měřil prostřednictvím šesti otázek. Otázkami zjišťoval, zda studenti mohou otevřeně vyjádřit jiné názory než jejich učitelé, zda jsou povzbuzeni k tomu, aby sami mysleli, zda jsou jejich názory respektovány, zda jsou učitelé povzbuzováni k diskusi o politických a společenských otázkách atd. Míru politických a občanských vědomostí autor kvantifikoval znalostním testem. Výsledky studie prokázaly příznivý vliv otevřeného

klimatu ve třídě na úroveň vědomostí. Nárůst otevřenosti klimatu ve třídě o 10 % je spjat s vyšší mírou vědomostí o přibližně 5 procentních bodů.

Do jisté míry predikovatelné výsledky přinášejí výzkumy zabývající se vlivem šikany na duševní zdraví. Jak vyplývá z výsledků šetření na 5 429 mladistvých, šikana je nejen rizikovým faktorem deprese, ale také zvyšuje riziko sebevražd (Kodish et al., 2016). Dervishi, Lala, Ibrahim (2019) analyzovali vztah mezi šikanou a depresivní symptomatologií adolescentů. Výzkumný soubor konstruovali z 284 respondentů. Poměr počtu chlapců a dívek byl téměř vyrovnaný, dívek bylo 145 a chlapců 139. Věkový rozptyl respondentů se pohyboval od 13 do 18 let, průměrný věk činil 15,5 let. Data byla sbírána prostřednictvím dvou standardizovaných dotazníků. Prvním byl známý Children's Depression Inventory (CDI). Druhým byla metoda Peer Relationship Questionnaire (PRQ). PRQ zahrnuje 20 tvrzení, zaměřených na identifikaci role, kterou adolescenti zastávají v situaci šikany. Role mohou být následující, agresor (kdo se aktivně podílí na šikaně), oběť (předmět, vůči kterému je šikana zaměřena), obránce (který se aktivně snaží bránit obtěžování nebo utěšit toho, kdo byl napaden) a divák (sedí bez interference). Odpovědi jsou zaznamenávány na škále Likertova typu se čtyřmi možnostmi odezvy – nikdy, někdy, často a velmi často. Analýzy odhalily významný statistický vztah mezi frekvencí adolescentní viktimizace a jejich depresivními příznaky. Adolescenti, kteří se stali oběti šikany, vykazovali signifikantně vyšší hladiny depresivních symptomů.

Viktimizace, negativní školní klima a nedostatek rodičovské angažovanosti předpovídají více sebevražedných myšlenek a chování mezi studenty středních škol. Pozitivní školní klima může narušit negativní dopad viktimizace na sebevražednost (Wang et al., 2018). Pozitivní školní klima koreluje s vyšší behaviorální, kognitivní a emocionální angažovaností studentů, dokonce i těch, kteří se stali oběti šikany (Yang et al., 2018). Pozitivně vnímané školní klima souvisí s odmítáním šikany a jejím nízkým výskytem. Spravedlivé a důsledné prosazování školních pravidel, pozitivní vztahy mezi žáky a učiteli se jeví jako preventivní faktory ve vztahu k výskytu šikany ve školách (Cornell, Shukla, Konold, 2015). Žáci, kteří svou školu vnímají pozitivně, jsou citliví i k méně nápadným projevům šikany a jsou empatictější k šikanovaným spolužákům. Naopak s nízkou kvalitou školního klimatu klesá vnímání školy jako bezpečného prostředí a výskyt šikany roste. Příznivé školní klima je bezpochyby vhodné pro všechny žáky. Nejvíce z něj však profitují právě žáci, kterým hrozí nárůst problémů v chování (Janošová et al., 2016). Při vyhledávání a následném posuzování relevance textů se ukazuje, že autoři nejsou zcela

jednotní v tom, jak šikanu vhodně operacionalizovat, kdy různí autoři považují za šikanu různé behaviorální projevy.

Nežádoucím chováním v prostředí školy je sexuální obtěžování. K pozoruhodným závěrům dospěli Crowley et al. (2019), kteří zkoumali konsekvence autoritativního klimatu na výskyt sexuálního obtěžování v prostředí středních škol ve Virginii. Výzkumný vzorek zahrnoval 62 679 studentů. Autoritativní klima je zde prezentováno vysokou disciplínou (přísnými, ale spravedlivými pravidly), ale také vysokou podporou a respektem studentů ze strany zaměstnanců školy. Z výsledků vyplývá, že autoritativní školní klima koreluje s nižším výskytem sexuálního obtěžování.

Adolescence je obdobím charakteristickým vyšší mírou angažovanosti v rizikovém chování, jako je zneužívání návykových látek a agresivita, dále se vyznačuje zvýšenou mírou deprese, zranění, vražd a sebevražd. Cornell, Huang (2016) zjišťovali vliv autoritativního klimatu na prevalenci šikany, násilí, nošení zbraní do škol, zájmu o členství v gangu, sebevražedných tendencí, abusu alkoholu a marihuany. Ukazuje se, že vysoká disciplína a podpora studentů koreluje s nižší prevalencí těchto projevů nežádoucího chování. Tyto závěry přináší výzkum, který proběhl na 47 888 studentech 319 středních škol ve Virginii.

Na základě výše uvedených poznatků je evidentní, že problematiku klimatu třídy a školy nelze v edukační realitě 21. století bagatelizovat. Dokonce lze nalézt paralelu s kurikulárními dokumenty schvalovanými centrálními orgány školství. Rámcový vzdělávací program pro střední odborné vzdělávání (RVP, 2018) zdůrazňuje jako cílové výstupy vzdělávání tzv. klíčové kompetence, které jsou důležité pro osobní rozvoj jedince a jeho aktivní zapojení do společnosti. Při hlubší analýze a syntéze dostupných informací lze na fenomén klimatu nahlížet nejen jako možný prostředek rozvoje kompetencí personálních a sociálních a kompetencí občanských a kulturního povědomí, ale také jako možný prostředek realizace průřezových témat, která plní zejména výchovnou a motivační funkci. Kalhous et al. (2009) chápou klima ve škole jako součást skrytého kurikula. Ve vzdělávání sester se skryté kurikulum dále rozšiřuje o kontext prostředí, v němž probíhá klinická výuka. Právě prostřednictvím skrytého kurikula dochází u studentů pomáhajících profesí k formování profesních rolí a chování (Gurková, Zeleníková, 2017).

2.2.5 Diagnostika klimatu

Klima může vystupovat jako nezávislé i závislé proměnná. V prostředí školy lze sledovat klima výuky, klima třídy, klima učitelského sboru (organizační klima), komunikační či školní klima. Klima výuky a klima třídy je výsledkem vnímání a prožívání zejména sociální a kulturní reality ve výuce a třídě u žáků. Klima výuky se týká konkrétního učitele a předmětu, klima třídy se formuje v mnoha vyučovacích hodinách, ale také o přestávkách, na výletech a dalších akcích třídy. Klima učitelského sboru reflektuje vzájemné vztahy učitelů a vztahy učitelů a vedení školy. Komunikační klima vyjadřuje, jaké způsoby komunikace navozují a udržují v určitém prostředí jeho aktéři. Školní klima pramení z celkového prostředí školy. Postihuje celkovou kvalitu prostředí uvnitř školy, je veškerým klimatem školy a může být přirovnáno k jejímu vnějšímu obrazu. Klima výuky, tříd, učitelského sboru a komunikační jsou jeho komponentami (Kantorová, 2010).

V diagnostice klimatu třídy a školy od samého počátku dominuje kvantitativní přístup. Je založen na strukturovaném dotazování, které probíhá za standardizovaných podmínek. Nejčastěji se jedná o dotazníkové šetření (Mareš, 2013). S tímto tvrzením souhlasí i Kantorová et al. (2010). Je k dispozici mnoho dotazníků a škál, kterými lze klima třídy a školy zachytit a zkoumat. Většina je zahraniční provenience, ale některé jsou k dispozici v českém jazyce. Jednotlivé dotazníky odlišuje počet položek, obsahová struktura a doporučený věk posuzované populace.

Lašek (2001), významný český protagonista výzkumu klimatu třídy, uvádí jako uplatnitelný nástroj ke zkoumání klimatu třídy Communication Climate Questionnaire (CCQ). Dotazník je konstruován pro žáky střední školy a zjišťuje vstřícnost a defenzivnost. Zmíněný dotazník doporučují také Kalhous et al. (2009) a Mareš (2013). Mareš (2013) dále doporučuje dotazník What Is Happening In This Class Questionnaire (WIHIC), jehož obsahovou strukturu představuje 7 proměnných, a to soudržnost žáků, opora přicházející od učitele, zahrnování žáků do kolektivu třídy, bádání, úkolová orientace, spolupráce a rovnost žáků. Pro analýzu klimatu školy doporučuje Quality Of School Life (QSL), School Level Environment Questionnaire (SLEQ), School Climate Scale (SCS) aj. Čapek (2010), Kalhous et al. (2009), Lašek (2001) i Průcha (2017) ve svých publikacích ve shodě uvádí jako použitelné nástroje pro zjišťování klimatu třídy My Class Inventory (MCI) a Classroom Environment Scale (CES). Dotazník MCI pro měření klimatu ve třídě kvantitativně vyhodnocuje pět proměnných. Jsou to spokojenost ve třídě, třenice ve třídě,

soutěživost ve třídě, obtížnost učení a soudržnost třídy. Tento dotazník vyšetřuje klima ve třídách 3. až 6. ročníků základní školy. Metodě CES je věnováno více pozornosti v empirické části, protože byl uplatněn ke sběru dat pro účely tvorby této práce.

3 METODIKA PRÁCE

Deprese je závažným a rozšířeným problémem duševního zdraví adolescentů. Penzum času, které adolescenti stráví ve škole, je značné. Školní prostředí je proto logickým místem k hledání etiologických faktorů (Pössel et al., 2016).

3.1 Výzkumné problémy

Hlavní výzkumný problém

Jaký je stav depresivní symptomatologie žáků vybrané Střední zdravotnické školy ve Frýdku-Místku?

Dílčí výzkumné problémy

Dílčí výzkumný problém 1: Existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky různého věku?

Dílčí výzkumný problém 2: Existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky v jednotlivých ročnících?

Dílčí výzkumný problém 3: Existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílným pohlavím?

Dílčí výzkumný problém 4: Existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílným rodinným statusem?

Dílčí výzkumný problém 5: Existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní materiálního zajištění jejich rodin?

Dílčí výzkumný problém 6: Existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou kvalitou sociálního klimatu ve třídě?

3.2 Cíle práce

Hlavní cíl

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit míru depresivní symptomatologie žáků vybrané Střední zdravotnické školy ve Frýdku-Místku.

Dílčí cíle

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky různého věku.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky v jednotlivých ročnících.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílným pohlavím.

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílným rodinným statusem.

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní materiálního zajištění jejich rodin.

Dílčí cíl 6: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou kvalitou sociálního klimatu ve třídě.

3.3 Hypotézy

Celkem bylo postulováno 6 hlavních hypotéz a 6 subhypotéz.

H0 1: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky různého věku.

H0 2: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky v jednotlivých ročnících.

H0 3: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílným pohlavím.

H0 4: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky žijícími v úplné a neúplné rodině.

H0 5: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní materiálního zajištění jejich rodin.

H0 6: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou kvalitou sociálního klimatu ve třídě.

Hypotéza H0 6 je dále rozdělena na 6 subhypotéz, které testují více okolností hlavní hypotézy.

H0 6.1: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní angažovanosti.

H0 6.2: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní vztahů ve třídě.

H0 6.3: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní učitelovy pomoci a podpory.

H0 6.4: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní orientace na úkoly.

H0 6.5: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní pořádku a organizovanosti.

H0 6.6: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní jasnosti pravidel.

3.4 Charakteristika souborů

Do výzkumného souboru byli zařazeni žáci 1., 2., 3. a 4. ročníků Střední zdravotnické školy ve Frýdku-Místku podle předem stanovených kritérií. Pro zařazení do výzkumného vzorku museli žáci splňovat tato vstupní kritéria:

- rozumí českému jazyku,
- obor vzdělání praktická sestra (zdravotnický asistent),
- verbální souhlas žáka účastnit se výzkumu,
- informovaný souhlas zákonného zástupce v případě žáka mladšího 18 let (viz příloha 1),
- přítomnost žáka ve třídě v termínu realizace šetření.

Vylučující kritéria:

- verbální nesouhlas žáka s účastí na šetření,
- nesouhlas s účastí na šetření vyjádřený zákonným zástupcem v případě žáka mladšího 18 let,
- neodevzdání informovaného souhlasu zákonného zástupce žáka mladšího 18 let s účastí ve výzkumu v termínu realizace šetření.

Účast žáků na tomto projektu byla zcela dobrovolná a žák, příp. zákonný zástupce, měl možnost jí odmítnout bez udání důvodů. Z celkového počtu 230 žáků oboru praktická sestra (zdravotnický asistent), kteří v době realizace dotazníkového šetření byli žáky Střední zdravotnické školy ve Frýdku-Místku, se výzkumu účastnilo 143 žáků.

3.5 Metoda sběru dat

Pro získání potřebných údajů byla použita dotazníková baterie zahrnující standardizované dotazníky. Prvním byl Beckův inventář deprese (BDI-II). Druhým byl Dotazník sociálního klimatu třídy – aktuální forma (CES-A). Dotazníková baterie byla doplněna o položky týkající se věku, studovaného ročníku, pohlaví, rodinného statusu a subjektivně vnímaného materiálního zajištění. Metodu BDI-II poskytl pro účely tvorby této práce Kabinet psychodiagnostických metod Filozofické fakulty Katedry psychologie Univerzity Palackého v Olomouci. Nástroj CES-A byl převzat po předchozím souhlasu autora české adaptace tohoto dotazníku doc. PhDr. Jana Laška, Ph.D., z publikace LAŠEK, J. *Sociálně psychologické klima školních tříd a školy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2001. 161 s. ISBN 80-7041-088-4.

Při realizaci sběru dat nástroji BDI-II a CES-A byly respektovány doporučení autorů těchto metod. Beck, Steer, Brown (1996 in Preiss, Vacíř, 1999) uvádí, že BDI-II vyplňuje respondent stylem tužka-papír nebo může formulář vyplňovat sám administrátor a jeho znění respondentovi předčítat. Současně ale upozorňují, že při předčítání nelze vyloučit efekt tendence k nižšímu celkovému skóru vlivem zapamatování hlavně prvních tvrzení. Proto byl pro účely této práce upřednostněn způsob vyplnění stylem tužka-papír.

3.5.1 Beckova sebeposuzovací škála depresivity

Beckova sebeposuzovací škála depresivity je nástroj používaný ke zjišťování přítomnosti a závažnosti deprese, jakožto momentálního stavu. Je to široce přijímaný nástroj na vyšetření hloubky deprese u již diagnostikovaných pacientů a detektor možné deprese u normální populace. Původní verze byla vytvořena Beckem a jeho spolupracovníky v roce 1961. V roce 1996 byl dotazník revidován a vznikl Beckův inventář deprese se zkratkou BDI-II, který je kompatibilní s kritérii deprese dle DSM-IV. Vývoj dotazníku probíhal v pozadí psychoanalytické psychoterapie depresivních pacientů. Beck u těchto osob identifikoval 21 postojů a symptomů, které se staly základem pro konstrukci dotazníku. Autory české adaptace BDI-II jsou Preiss a Vacíř. Obsahem dotazníku je tedy 21 položek. U každé položky se vybírá ze čtyř tvrzení. U položek č. 16 (Změna spánku) a č. 18 (Změna chuti k jídlu) existují alternativní tvrzení mající klinický význam, avšak na celkový skóre BDI-II nemají vliv, tzn., hodnotí se stejně 0,1,2 nebo 3 body. Položky jsou zaměřeny na

kognitivní, afektivní, motivační a fyziologické symptomy deprese. Jedná se o následující položky: 1. Smutek, 2. Pesimismus, 3. Minulá selhání, 4. Ztráta radosti, 5. Pocity viny, 6. Pocit potrestání, 7. Znechucení sám ze sebe, 8. Sebekritika, 9. Sebevražedné myšlenky nebo přání, 10. Plačtivost, 11. Agitovanost, 12. Ztráta zájmu, 13. Nerozhodnost, 14. Pocit bezcennosti, 15. Ztráta energie, 16. Změna spánku, 17. Podrážděnost, 18. Změny v chuti k jídlu, 19. Koncentrace, 20. Únava, 21. Ztráta zájmu o sex. Dotazník je určen pro dospělé a adolescenty od 13 let. Administrace i s vyhodnocením trvá 5-10 minut. Posuzují se poslední dva týdny včetně dne administrace. Dotazník vyplňuje uživatel stylem tužka-papír nebo mu jsou položky předčítány. Každá položka je hodnocena na čtyřbodové škále. Rozsah skóru u každé položky činí 0-3, celkový rozsah výsledného skóru je tudíž 0-63. Získané skóry u všech 21 položek následně administrátor sečte. V případě, že je označeno více odpovědí v rámci jedné položky, skóruje se nejvyšší označená hodnota. Z výsledného skóru se poté podle dostupných norem usuzuje na míru deprese uživatele. Pro BDI-II jsou navrženy cut-off skóry 0-13 pro minimální depresi, 14-19 pro mírnou depresi, 20-28 pro střední a 29-63 pro těžkou depresi. Beck doporučuje věnovat pozornost položkám č. 2 (Pesimismus) a č. 9 (Sebevražedné myšlenky nebo přání). Uživatelé, kteří v těchto položkách skórují 2-3 body, mohou být v riziku suicidálního jednání (Beck, Steer, Brown, 1996 in Preiss, Vacíř, 1999). Gottfried (2015) uvádí, že kritériální validita je podmíněna právě nastavenými cut-off skóry, neboť skrze ně je přímo ovlivňována senzitivita a specificita nástroje. V naprosté většině studií dosáhla senzitivita alespoň hranice 0,7 s hodnotami pohybujícími se nejčastěji od 0,8 do 0,9. Vysoká senzitivita je významnou výhodou tohoto dotazníku jakožto screeningového nástroje, ačkoliv je to vykoupeno nižší specificitou (cca 0,7-0,8).

3.5.2 Dotazník Classroom Environment Scale

Mezi nejužívanější dotazníky, zjišťující klima třídy, patří dotazník Classroom Environment Scale (CES), konstruovaný Trickettem a Moosem v USA v 70. letech. Původní verze byla velmi rozsáhlá, zjišťovala 13 dimenzí klimatu třídy a žáci odpovídali na 242 otázek. V roce 1974 byl dotazník revidován, kdy byl redukován počet zjišťovaných dimenzí na 9 a počet zjišťovaných otázek na 90. Přesto byl dotazník pro praktické účely příliš dlouhý, a proto roku 1982 Australané Fraser a Fisher dotazník podrobili statistickému zkoumání reliability, validity a diferenciační schopnosti mezi jednotlivými třídami a dotazník redukovali. Tato

verze (1986) se uplatnila v řadě zemí. Fraser a Fisher současně vytvořili novou formu dotazníku CES, ve které se žáci vyjadřují k preferovanému klimatu třídy, tedy k tomu, co by si přáli, resp. nepřáli, aby se v jejich třídě odehrávalo (Lašek, 2001). Základním principem Fraserova přístupu je to, že klima třídy se popisuje na základě výpovědí produkovaných o tomto prostředí jeho účastníky, nikoli na základě přímého pozorování (Průcha, 2017). Verze z roku 1986 zkoumá prostřednictvím 24 položek 6 proměnných klimatu třídy: 1. Angažovanost žáka, jeho zaujetí školní prací (položky 1, 7, 13, 19), 2. Vztahy mezi žáky ve třídě (položky 2, 8, 14, 20), 3. Učitelova pomoc a podpora (položky 3, 9, 15, 21), 4. Orientace žáků na úkoly (položky 4, 10, 16, 22), 5. Pořádek a organizovanost (položky 5, 11, 17, 23), 6. Jasnost pravidel (položky 6, 12, 18, 24). Autorem české adaptace dotazníku je J. Lašek. Dotazník má dvě formy, aktuální a preferovanou. Je určen žákům druhého stupně základních škol a žákům středních škol. Žáci jsou zadavatelem upozorněni, že se nejedná o žádnou zkoušku, a proto taky neexistují dobré a špatné odpovědi. Úkolem žáků je přečíst každou položku v dotazníku a následně zakroužkovat Ano nebo Ne podle toho, zda s myšlenkou souhlasí či nesouhlasí. Každý žák vyplňuje dotazník samostatně. Pokud se žák u některé položky zmýlí nebo chce své vyjádření změnit, přeškrtně kroužek s odpovědí a znovu zakroužkuje to, co platí. Při posuzování položek postupuje žák postupně, položky nepřeskakuje a ke každé se snaží vyjádřit. Sejmutí dotazníku trvá v běžně velké třídě asi 20 minut. Žák získá za každou odpověď Ano 3 body, za odpověď Ne 1 bod. U položek označených písmenem R je hodnocení obrácené, tzn. za odpověď Ano je zde 1 bod, za odpověď Ne 3 body. Nevyplněná nebo chybně vyplněná otázka se skóruje 2 body. Při posuzování sledovaných oblastí se postupuje tak, že se vypočítá hodnota každé této kvality u jednotlivého žáka tak, že se sečtou body položek, které tyto kvality sytí. Hodnota každé ze šesti sledovaných kvalit se pohybuje od 4 bodů do 12 bodů, střed je 8 bodů (Lašek, 2001). Z údajů za celou třídu se vypočítá aritmetický průměr pro každou sledovanou oblast. O spíše pozitivním klimatu ve třídě vypovídají vysoké hodnoty u všech sledovaných kvalit. O spíše negativním klimatu ve třídě svědčí nízké hodnoty u všech sledovaných kvalit. Jinými slovy, čím nižší hodnoty, tím hůře (Kalhous et al., 2009).

3.6 Organizace výzkumu

Realizovaný výzkum má charakter kvantitativního výzkumu, resp. analytické průřezové studie. Sběr dat proběhl v dubnu 2019. Šetření předcházelo písemný souhlas managementu školy (viz příloha 2). Poté byli na pedagogické radě informováni třídní učitelé jednotlivých tříd autorem práce. Před vlastním šetřením byly účastníkům verbálně i písemně podány informace o roli respondenta, záměru a cíli výzkumu, dobrovolnosti účastnit se šetření, zachování anonymity a možnosti kdykoliv v průběhu od šetření odstoupit bez udání důvodů (tuto možnost v průběhu šetření nikdo nevyužil). Od žáků mladších 18 let byl vyžadován podpis informovaného souhlasu zákonných zástupců. Informovaný souhlas pro rodiče byl žákům rozdan s dostatečným časovým předstihem vlastního šetření. Distribuce a sběr dotazníků byl realizován samotným autorem diplomové práce. Sběr dat proběhl vždy po předchozí domluvě s třídními učiteli jednotlivých tříd v jejich vyučovacích hodinách. Žákům byly dotazníky distribuovány v tištěné podobě a po jejich vyplnění ihned sesbírány. U žáků nezletilých byla účast na dotazníkovém šetření vázána na odevzdání podepsaného informovaného souhlasu zákonným zástupcem, který byl uchován odděleně od vlastních dotazníků. Dotazníky vyplnili žáci stylem tužka-papír. Vyplňování dotazníků nebylo časově omezeno. V případě nejasností bylo žákovi podáno vysvětlení. Z tohoto důvodu činila návratnost rozdaných dotazníků 100 %. Výsledky a údaje získané z dotazníků byly uchovávány a zpracovávány tak, aby se vyloučila možnost identifikace jednotlivých účastníků.

3.7 Zpracování dat

Dotazníkovému šetření bylo podrobena 143 žáků, tomuto číslu odpovídá počet odevzdaných dotazníkových baterií. Následně bylo 8 dotazníkových baterií vyřazeno pro neúplnost vyplnění. Ke statistické analýze bylo postoupeno 135 dotazníkových baterií. Získaná data byla numericky zakódována a přepsána do jedné frekvenční tabulky v Microsoft Office Excel. Statistická analýza byla zajištěna v součinnosti se statistiky RNDr. Petrem Bujokem, Ph.D., a RNDr. Radkou Polákovou, Ph.D. Pro základní popis dat byla uplatněna deskriptivní statistika. Pro testování hypotéz byla použita induktivní statistika. Aby bylo možno rozhodnout, zda použít parametricky nebo neparametricky test, byla testována normalita jednotlivých skupin hodnot. Statistické testy byly hodnoceny na

hladině významnosti 5 % ($\alpha = 0,05$). Pro grafické znázornění byly použity tabulky a krabicové grafy.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Sociodemografické údaje

Jak je uvedeno v tabulce 1, ke statistickému zpracování bylo postoupeno 135 dotazníkových baterií, tomuto číslu odpovídá počet respondentů. Zastoupení žen bylo dominantní (91,85 %). Nejvíce respondentů bylo žáky třetího ročníků (34,81 %). Nejméně byli zastoupeni žáci druhých ročníků (20,74 %). Poměr počtu žáků tříd A a B byl téměř vyrovnaný (48,89 %, resp. 51,11 %). Nejvíce žáků bylo rekrutováno ze 3. B (20,00 %). Naopak nejmenší četnost měli žáci 2. B a 4. A (identicky 7,41 %). Věkový rozptyl žáků byl 15-20 let. Nejpočetnější skupina žáků byla ve věku 18 let (31,85 %). Naopak nejméně žáků bylo ve věku 20 let (1,48 %). Věkový průměr kohorty činil 17,38 let, SD (směrodatná odchylka) 1,28. Více než polovina účastníků dotazníkového šetření uvedla, že žije v úplné rodině (55,56 %). Téměř polovina žáků (44,44 %) žila v rodině neúplné, nejčastěji s jedním rodičem (27,41 %). Drtivá většina žáků (85,93 %) subjektivně vnímala své hmotné zajištění v porovnání s ostatními jako průměrné.

Tabulka 1. Charakteristika souboru

Zkoumaný soubor	N	N (%)
Muži	11	8,15
Ženy	124	91,85
Celkem	135	100
Studovaný ročník	N	N (%)
První	30	22,22
Druhý	28	20,74
Třetí	47	34,81
Čtvrtý	30	22,22
Třída	N	N (%)
A	66	48,89
B	69	51,11
Ročník + třída	N	N (%)
1. A	18	13,33
1. B	12	8,89
2. A	18	13,33
2. B	10	7,41
3. A	20	14,81
3. B	27	20,00
4. A	10	7,41
4. B	20	14,81
Věk	N	N (%)
15	13	9,63
16	23	17,04
17	28	20,74
18	43	31,85
19	26	19,26
20	2	1,48
Rodinná situace	N	N (%)
Bydlí s oběma rodiči	75	55,56
Bydlí s jedním rodičem a jeho partnerem	12	8,89
Bydlí s jedním rodičem	37	27,41
Jiné	11	8,15
Vnímané materiální zajištění	N	N (%)
Podprůměrné	6	4,44
Průměrné	116	85,93
Nadprůměrné	13	9,63

Legenda: N – absolutní četnost, N (%) – relativní četnost

4.2 Vyhodnocení BDI-II

Hlavním cílem práce je zjistit míru depresivní symptomatologie žáků vybrané Střední zdravotnické školy ve Frýdku-Místku. Hladiny depresivní symptomatologie, hodnoceny BDI-II, byly kategorizovány dle závažnosti (tabulka 2). Třetina žáků (34,81 %) je v kategorii minimální závažnosti deprese. Majoritní část výzkumného vzorku (65,19 %) vykazuje nějakou míru depresivní symptomatologie. Žáci, u kterých byla detekována depresivní symptomatologie, nejčastěji spadají do kategorie mírné závažnosti (29,63 %). Následují žáci, jejichž hladina depresivních symptomů spadá do kategorie střední závažnosti (18,52 %). Nejnižší zastoupení má kategorie těžké závažnosti (17,04 %). Jak je patrné z tabulky 3, průměrný dosažený skóre v metodě BDI-II činí 17,6 (SD 10,04). Nejvyšší četnost má hodnota 14 bodů. Výsledné hodnoty nejsou shledány v celém rozpětí, které metoda poskytuje, tedy nejnižší naměřený skóre odpovídá 0 bodům a nejvyšší 44 bodům.

Tabulka 2. BDI-II kategorizace

Kategorie závažnosti deprese	N	N (%)
Minimální	47	34,81
Mírná	40	29,63
Střední	25	18,52
Těžká	23	17,04

Legenda: N – absolutní četnost, N (%) – relativní četnost

Tabulka 3. BDI-II popisná statistika

Charakteristika	Hodnota
Průměr	17,6
Směrodatná odchylka	10,04
Medián	15
Modus	14
Minimum	0
Maximum	44

4.3 Vyhodnocení CES-A

Subjektivně vnímaná kvalita sociálního klimatu třídy byla hodnocena metodou CES – aktuální forma. Z tabulky 4 vyplývá, že žáci pocítují vlastní angažovanost i angažovanost spolužáků ke školní práci jako podprůměrnou (ve vztahu k dosažitelným 8 bodům tvořícím střed, resp. dosažitelný průměr). Rovněž prožitek pořádku a organizovanosti je vnímán jako podprůměrný. Průměrná je úroveň vnímané učitelovy pomoci a orientace na úkoly. Nad průměr vystupuje prožitek dobrých vztahů a jasnosti pravidel. V případě angažovanosti má nejvyšší četnost nejnižší dosažitelný počet bodů, kdežto v případě jasnosti pravidel má nejvyšší četnost naopak nejvyšší možný skór. Rozložení četnosti žáků v jednotlivých bodových kohortách proměnných sociálního klimatu třídy demonstruje tabulka 5.

Tabulka 4. CES-A popisná statistika

Proměnná klimatu	Průměr	SD	Medián	1. a 4. kvartil	Modus
Angažovanost	6,0	2,07	6	4-8	4
Dobré vztahy	9,5	2,13	10	8-12	10
Učitelová pomoc	8,2	2,58	8	6-10	10
Orientace na úkoly	8,0	2,32	8	6-10	8
Pořádek a organizovanost	6,6	1,95	6	6-8	6
Jasnost pravidel	9,7	2,31	10	8-12	12

Legenda: SD – směrodatná odchylka

Tabulka 5. CES-A rozdělení počtů žáků dle dosažených bodů

Proměnné klimatu třídy	Četnosti	
	N	N (%)
Angažovanost		
4 body	54	40,00
5 bodů	1	0,74
6 bodů	36	26,67
8 bodů	34	25,19
10 bodů	7	5,19
12 bodů	3	2,22

Dobré vztahy	N	N (%)
4 body	3	2,22
6 bodů	16	11,85
8 bodů	29	21,48
9 bodů	1	0,74
10 bodů	46	34,07
11 bodů	1	0,74
12 bodů	39	28,89
Učitelova pomoc	N	N (%)
4 body	17	12,59
5 bodů	1	0,74
6 bodů	28	20,74
7 bodů	2	1,48
8 bodů	31	22,96
10 bodů	33	24,44
12 bodů	23	17,04
Orientace na úkoly	N	N (%)
4 body	13	9,63
6 bodů	35	25,93
8 bodů	41	30,37
9 bodů	1	0,74
10 bodů	29	21,48
12 bodů	16	11,85
Pořádek a organizovanost	N	N (%)
4 body	25	18,52
6 bodů	59	43,70
8 bodů	41	30,37
10 bodů	3	2,22
12 bodů	7	5,19
Jasnost pravidel	N	N (%)
4 body	6	4,44
6 bodů	14	10,37
8 bodů	21	15,56
10 bodů	44	32,59
12 bodů	50	37,04

Legenda: N – absolutní četnost, N (%) – relativní četnost

4.4 Analýza rozdílů míry depresivní symptomatologie žáků

Všechny hypotézy jsou analyzovány buď testem Kruskala-Wallise, nebo Wilcoxonovým dvouvýběrovým testem. Oba tyto testy jsou neparametrické a před jejich provedením byla testována normalita jednotlivých skupin hodnot Shapiro-Wilkovým testem. V každém z jedenácti případů testovaných hypotéz se objevila alespoň jedna ze zkoumaných skupin dat, která není normální, proto je ve všech jedenácti případech použit neparametrický statistický test.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky různého věku.

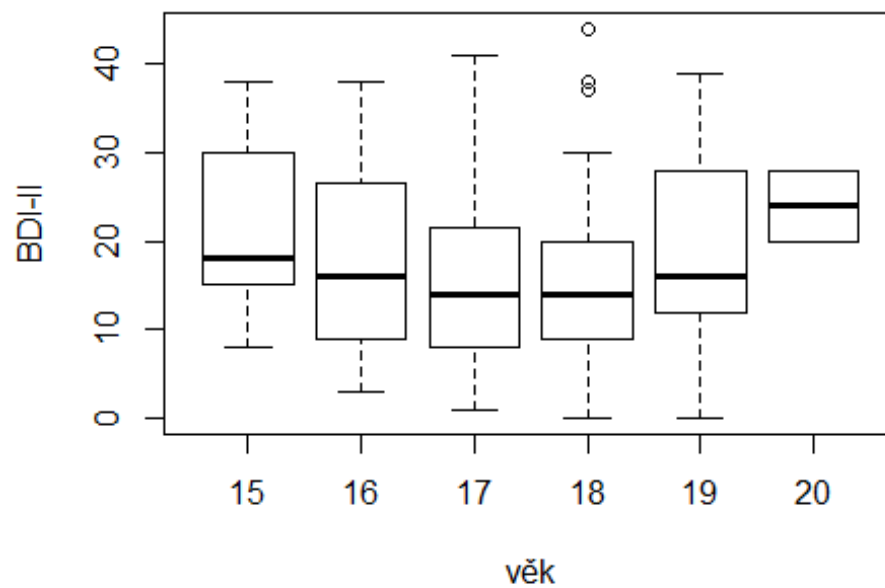
H0 1: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky různého věku.

Tabulka 6 zobrazuje záchyt závažnosti depresivní symptomatologie žáků různého věku. V kategorii BDI-II minimální závažnost deprese je průměrný věk žáků 17,42 let. V kategorii BDI-II mírná závažnost deprese je průměrný věk žáků 17,27 let. Nejvyšší věkový průměr, 17,60 let, se nachází v kategorii BDI-II střední závažnost deprese. Naopak nejnižší průměrný věk, 17,26 let, se nachází v kategorii těžká závažnost deprese. Na grafu 1 je vidět, že nejvyšší medián BDI-II (24 bodů) dosáhli žáci ve věku 20 let, avšak tito žáci mají velmi nízkou četnost. Nejnižší medián BDI-II generují žáci ve věku 17 a 18 let (14 bodů). Pro vyhodnocení byl použit test Kruskala-Wallise. Analýzou nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky různého věku ($p = 0,3355$). To znamená, že **nulovou hypotézu nezamítáme**.

Tabulka 6. Vyhodnocení BDI-II dle věku

BDI-II	Věková kategorie						p hodnota*
	N = 135						
	N (%) = 100						
	15	16	17	18	19	20	
Minimální	2 (1,48)	10 (7,41)	10 (7,41)	16 (11,85)	9 (6,67)	0 (0,00)	0,3355
Mírná	6 (4,44)	4 (2,96)	9 (6,67)	15 (11,11)	6 (4,44)	0 (0,00)	
Střední	1 (0,74)	5 (3,70)	6 (4,44)	6 (4,44)	5 (3,70)	2 (1,48)	
Těžká	4 (2,96)	4 (2,96)	3 (2,22)	6 (4,44)	6 (4,44)	0 (0,00)	

Legenda: N – absolutní četnost, N (%) – relativní četnost, *Kruskal-Wallisův test, $\alpha = 0,05$



Graf 1. Skóry BDI-II dle věku

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky v jednotlivých ročnících.

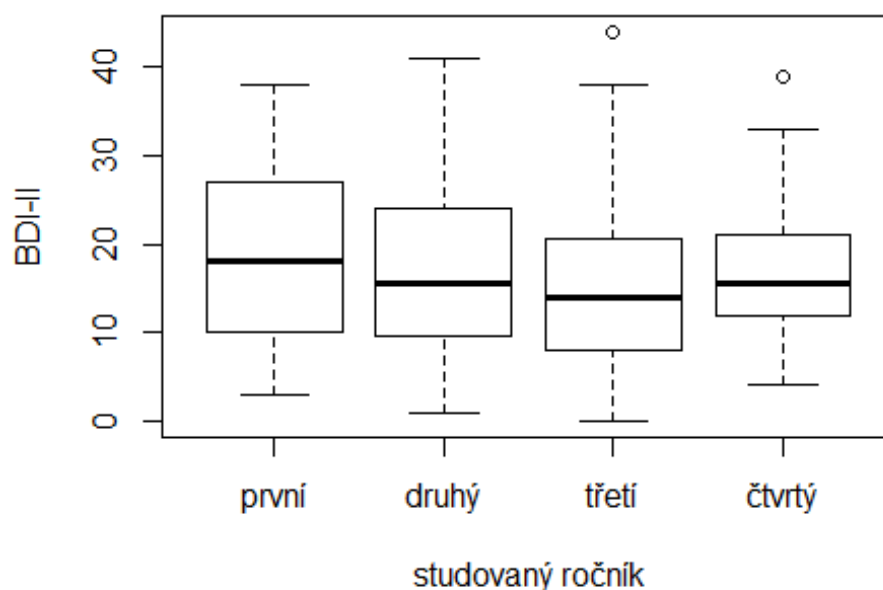
H0 2: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky v jednotlivých ročnících.

V tabulce 7 lze vidět identifikaci míry depresivní symptomatologie žáků v jednotlivých ročnících. Při pohledu na tabulku lze pozorovat, že v prvních, druhých a čtvrtých ročnících se četnost žáků snižuje se zvyšující se závažnosti depresivních symptomů. Graf 2 znázorňuje mediány BDI-II, kterých žáci v jednotlivých ročnících dosahují. Medián dosahuje maxima v prvních ročnících (18 bodů) a vykazuje sestupný trend až do třetích ročníků, kde dosahuje minima (14 bodů). Nicméně testem Kruskala-Wallisův nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky v jednotlivých ročnících ($p = 0,7511$). To znamená, že **nulovou hypotézu nezamítáme**.

Tabulka 7. Vyhodnocení BDI-II dle studovaného ročníku

BDI-II	Studovaný ročník				p hodnota*
	N = 135 N (%) = 100				
	První	Druhý	Třetí	Čtvrtý	
Minimální	10 (7,41)	11 (8,15)	16 (11,85)	10 (7,41)	0,7511
Mírná	8 (5,93)	6 (4,44)	17 (12,59)	9 (6,67)	
Střední	6 (4,44)	6 (4,44)	6 (4,44)	7 (5,19)	
Těžká	6 (4,44)	5 (3,70)	8 (5,93)	4 (2,96)	

Legenda: N – absolutní četnost, N (%) – relativní četnost, *Kruskal-Wallisův test, $\alpha = 0,05$



Graf 2. Skóry BDI-II dle studovaného ročníku

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílným pohlavím.

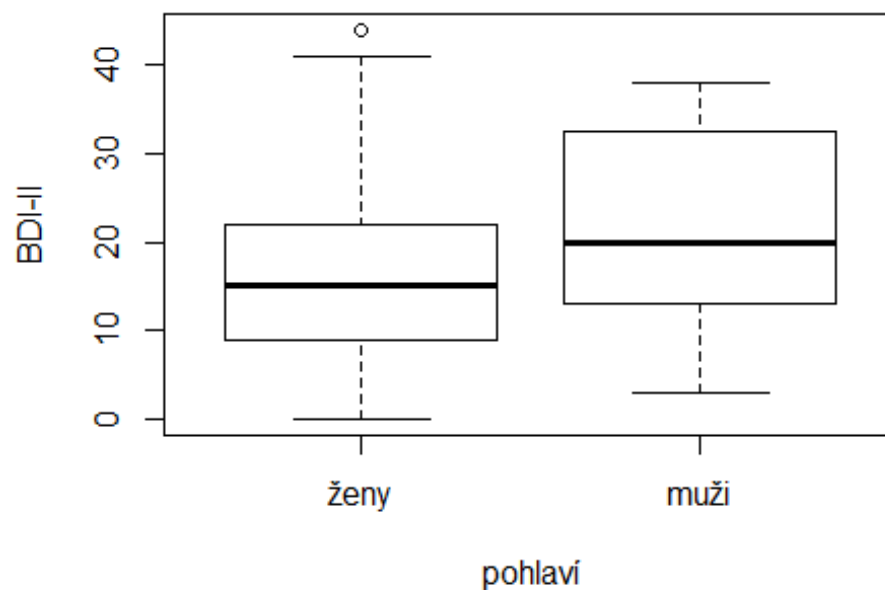
H0 3: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílným pohlavím.

Tabulka 8 znázorňuje detekci míry depresivní symptomatologie žáků s rozdílným pohlavím. Při pohledu na tabulku je patrná silná převaha žen, což mohlo výsledky statistického testování ovlivnit. Dále z tabulky vyplývá, že v případě žen se nejvíce respondentů nachází v kategorii BDI-II 1. V případě mužů se nejvíce respondentů nachází v kategorii BDI-II 4. Graf 3 zobrazuje medián BDI-II u žen (15 bodů) a mužů (20 bodů). Analýza Wilcoxonovým dvouvýběrovým testem nepotvrdila statisticky významný rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílným pohlavím. Míra signifikance ($p = 0,2211$) je větší než hladina významnosti testu. To znamená, že **nulovou hypotézu nezamítáme**.

Tabulka 8. Vyhodnocení BDI-II dle pohlaví

BDI-II	Pohlaví N = 135 N (%) = 100		p hodnota*
	Muž	Žena	
Minimální	3 (2,22)	44 (32,59)	0,2211
Mírná	2 (1,48)	38 (28,15)	
Střední	2 (1,48)	23 (17,04)	
Těžká	4 (2,96)	19 (14,07)	

Legenda: N – absolutní četnost, N (%) – relativní četnost, *Wilcoxonův test, $\alpha = 0,05$



Graf 3. Skóry BDI-II dle pohlaví

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílným rodinným statutem.

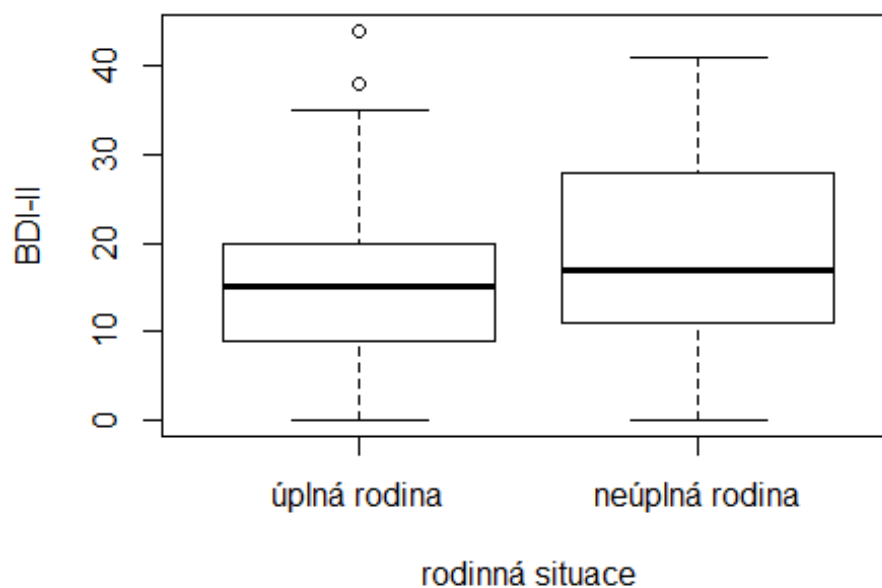
H0 4: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky žijícími v úplné a neúplné rodině.

Pro účely vyhodnocení byly vytvořeny dvě kategorie. První kategorie, úplná rodina, sdružuje žáky, kteří bydlí s oběma rodiči. Druhá kategorie, neúplná rodina, vznikla sloučením žáků, kteří bydlí buď s rodičem a jeho partnerem, nebo s jedním rodičem, případně uvedli možnost jiné. Tabulka 9 zachycuje informace o detekci míry depresivní symptomatologie žáků s rozdílným rodinným statutem. V případě žáků, kteří žijí v úplné rodině (s oběma rodiči), lze pozorovat snižující se jejich četnost se zvyšující se mírou depresivní symptomatologie. Jinak řečeno, čím vyšší kategorie BDI-II, tím méně respondentů. Obdobně graf 4 ukazuje vyšší medián BDI-II u žáků z neúplných rodin (18 bodů) ve srovnání s žáky z úplných rodin (15 bodů). Wilcoxonovým dvouvýběrovým testem byla prokázána statistická významnost rozdílů v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílným rodinným statutem ($p = 0,0449$). Žáci žijící v neúplných rodinách vykazují signifikantně vyšší hladiny depresivní symptomatologie. To znamená, že **nulovou hypotézu zamítáme**.

Tabulka 9. Vyhodnocení BDI-II dle rodinné situace

BDI-II	Rodinná situace N = 135 N (%) = 100				p hodnota*
	Neúplná rodina N = 60 N (%) = 44,44			Úplná rodina N = 75 N (%) = 55,56	
	Bydlí s jedním rodičem	Bydlí s rodičem a jeho partnerem	Jiné	Bydlí s oběma rodiči	
Minimální	14 (10,37)	4 (2,96)	0 (0,00)	29 (21,48)	0,0449
Mírná	8 (5,93)	3 (2,22)	5 (3,70)	24 (17,78)	
Střední	7 (5,19)	1 (0,74)	4 (2,96)	13 (9,63)	
Těžká	8 (5,93)	4 (2,96)	2 (1,48)	9 (6,67)	

Legenda: N – absolutní četnost, N (%) – relativní četnost, *Wilcoxonův test, $\alpha = 0,05$



Graf 4. Skóry BDI-II dle rodinné situace

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní materiálního zajištění jejich rodin.

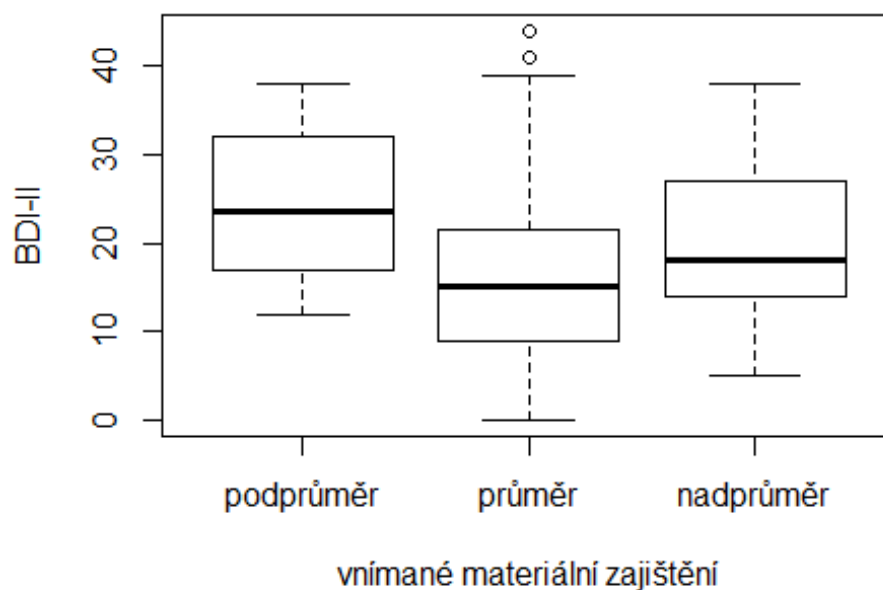
H0 5: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní materiálního zajištění jejich rodin.

Tabulka 10 nabízí přehled o identifikaci míry depresivní symptomatologie žáků s rozdílně vnímanou úrovní materiálního zajištění. Při pohledu na tabulku je zřejmá silná dominance četnosti žáků, kteří vnímají úroveň materiálního zajištění jako průměrnou. U těchto žáků lze pozorovat klesající četnost se zvyšující se závažností deprese. Jinými slovy, čím vyšší kategorie BDI-II, tím méně respondentů. Také z grafu 5 vyplývá, že žáci, kteří vnímají úroveň materiálního zajištění jako průměrnou, vykazují nižší medián BDI-II (15 bodů) ve srovnání s žáky, kteří pocítují úroveň materiálního zajištění jako nadprůměrnou (18 bodů). Nejvyšší medián BDI-II (23,5 bodů) generují žáci, kteří úroveň materiálního zajištění prožívají jako podprůměrnou. Analýza testem Kruskala-Wallis neprokázala statistickou významnost rozdílů v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní materiálního zajištění. Podle míry signifikance ($p = 0,1241$) je patrné, že je větší než hladina významnosti testu. To znamená, že **nulovou hypotézu nezamítáme**.

Tabulka 10. Vyhodnocení BDI-II dle vnímaného materiálního zajištění

BDI-II	Vnímané materiální zajištění			p hodnota*
	N = 135 N (%) = 100			
	Podprůměrné	Průměrné	Nadprůměrné	
Minimální	1 (0,74)	43 (31,85)	3 (2,22)	0,1241
Mírná	2 (1,48)	34 (25,19)	4 (2,96)	
Střední	1 (0,74)	21 (15,56)	3 (2,22)	
Těžká	2 (1,48)	18 (13,33)	3 (2,22)	

Legenda: N – absolutní četnost, N (%) – relativní četnost, *Kruskal-Wallisův test, $\alpha = 0,05$



Graf 5. Skóry BDI-II dle vnímaného materiálního zajištění

Dílčí cíl 6: Zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou kvalitou sociálního klimatu ve třídě.

H0 6: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou kvalitou sociálního klimatu ve třídě.

Za účelem analýzy byla hypotéza H0 6 rozdělena na 6 subhypotéz, pro každou proměnnou sociálního klimatu stredoškolské třídy. Na základě bodů, kterých žáci dosáhli v jednotlivých proměnných klimatu ve vztahu k dosažitelným 8 bodům tvořícím střed ve smyslu prožívané úrovně dané kvality, byly konstruovány skupiny podprůměr, průměr a nadprůměr. Žáci, jejichž skór varioval od 4 do 7 bodů, byli sdruženi do skupiny podprůměr. Žáci, jejichž bodový zisk byl roven 8 bodům, byli zařazeni do skupiny průměr. Žáci se skórem od 9 do 14 bodů byli sloučení do skupiny nadprůměr.

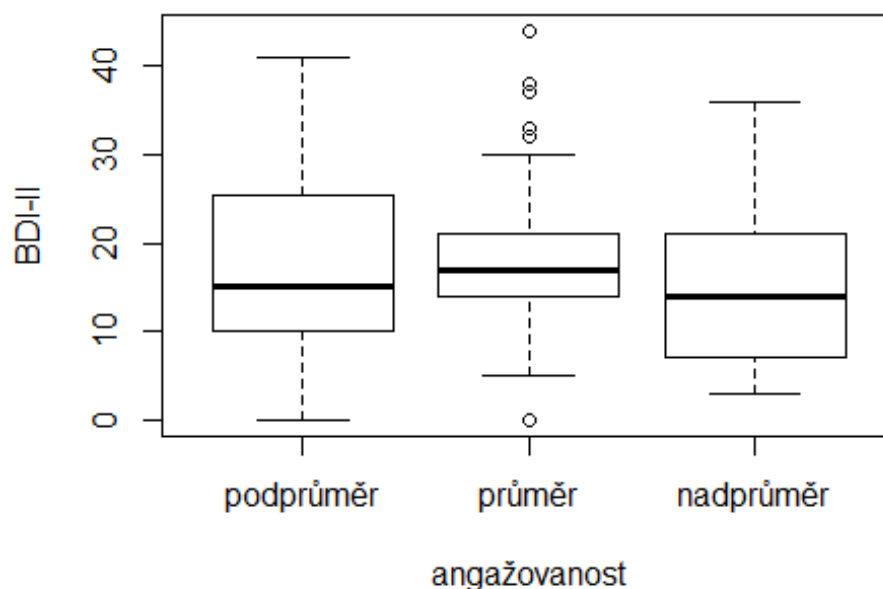
H0 6.1: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní angažovanosti.

Tabulka 11 nastiňuje záchyt míry depresivní symptomatologie žáků s rozdílně vnímanou úrovní angažovanosti a zaujetí ke školní práci. Pouze 10 žáků (7,41 %) pociťuje angažovanost jako nadprůměrnou. Jako průměrnou vnímá angažovanost 34 žáků (25,19 %). Majoritní část vzorku, 91 žáků (67,41 %), hodnotí angažovanost jako podprůměrnou a z nich většina, 54 žáků (40,00 %), ve všech kategoriích BDI-II dosáhla v proměnné angažovanosti nejnižší možný počet bodů. Z grafu 6 vyplývá, že žáci, kteří klasifikují prožitek angažovanosti jako podprůměrný, dosahují nižší medián BDI-II (15 bodů) než žáci nacházející se ve skupině průměr (17 bodů), ale vyšší než žáci, jež prožívají úroveň této kvality jako nadprůměrnou (14 bodů). Testem Kruskala-Wallisův nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní angažovaností ($p = 0,3697$). To znamená, že **nulovou hypotézu nezamítáme**.

Tabulka 11. Vyhodnocení BDI-II dle angažovanosti

BDI-II	Angažovanost						p hodnota*
	N = 135						
	N (%) = 100						
	Podprůměr			Průměr	Nadprůměr		
	4	5	6	8	10	12	
Minimální	18 (13,33)	0 (0,00)	17 (12,59)	8 (5,93)	3 (2,22)	1 (0,74)	0,3697
Mírná	17 (12,59)	0 (0,00)	8 (5,93)	12 (8,89)	1 (0,74)	2 (1,48)	
Střední	9 (6,67)	0 (0,00)	7 (5,19)	7 (5,19)	2 (1,48)	0 (0,00)	
Těžká	10 (7,41)	1 (0,74)	4 (2,96)	7 (5,19)	1 (0,74)	0 (0,00)	

Legenda: N – absolutní četnost, N (%) – relativní četnost, *Kruskal-Wallisův test, $\alpha = 0,05$



Graf 6. Skóry BDI-II dle angažovanosti

H0 6.2: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní vztahů ve třídě.

Tabulka 12 ukazuje detekci míry depresivní symptomatologie žáků s rozdílně vnímanou úrovní vztahů ve třídě. Minoritní část vzorku, 19 žáků (14,07 %), vnímá prožitek dobrých vztahů jako podprůměrný. Jako průměrné pociťuje vztahy ve třídě 29 žáků (21,48 %). Nadpoloviční většina vzorku, 87 žáků (64,44 %), hodnotí vztahy jako nadprůměrné. Z grafu 7 plyne, že medián BDI-II kulminuje u žáků ve skupině podprůměr (20 bodů). Testem Kruskala-Wallise byl prokázán statisticky významný rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní vztahů ve třídě ($p = 0,0166$). To znamená, že **nulovou hypotézu zamítáme**.

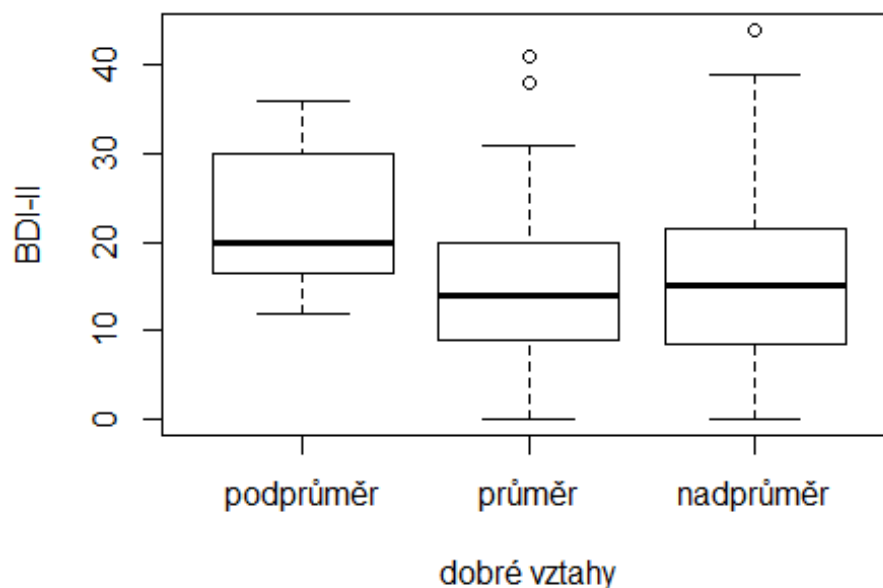
Test Kruskala-Wallise, jakožto neparametrická varianta testu ANOVA, pouze poskytuje informaci, že mezi třemi skupinami, odpovídající vždy jedné vnímané úrovni vztahů mezi žáky ve třídě, existuje rozdíl. Příslušný rozdíl lze orientačně vyložit pomocí boxplotu (graf 7), kde je vidět, že skupina průměr a nadprůměr se od sebe příliš neliší, zato skupina podprůměr se liší od každé z nich, nebo minimálně podprůměrná od průměrné. Aby bylo možno přesně určit, která skupina se statisticky významně odlišuje od ostatních,

byl použit post-hoc test. Konkrétně pomocí Dunnova testu vícenásobného porovnání s Bonferroniho korekcí bylo prokázáno, že žáci ve skupině podprůměr generují signifikantně vyšší hladiny depresivní symptomatologie oproti žákům ve skupině průměr ($p = 0,0173$) i oproti žákům ve skupině nadprůměr ($p = 0,0093$). Při shrnutí těchto zjištění lze konstatovat, že žáci s podprůměrným prožitkem dobrých vztahů ve třídě mají signifikantně nejzávažnější depresivní symptomatologii.

Tabulka 12. Vyhodnocení BDI-II dle dobrých vztahů

BDI-II	Dobré vztahy N = 135 N (%) = 100							p hodnota*
	Podprůměr		Průměr	Nadprůměr				
	4	6	8	9	10	11	12	
Minimální	0 (0,00)	1 (0,74)	11 (8,15)	0 (0,00)	19 (14,07)	0 (0,00)	16 (11,85)	0,0166
Mírná	1 (0,74)	6 (4,44)	9 (6,67)	1 (0,74)	13 (9,63)	1 (0,74)	9 (6,67)	
Střední	0 (0,00)	5 (3,70)	4 (2,96)	0 (0,00)	7 (5,19)	0 (0,00)	9 (6,67)	
Těžká	2 (1,48)	4 (2,96)	5 (3,70)	0 (0,00)	7 (5,19)	0 (0,00)	5 (3,70)	

Legenda: N – absolutní četnost, N (%) – relativní četnost, *Kruskal-Wallisův test, $\alpha = 0,05$



Graf 7. Skóry BDI-II dle dobrých vztahů

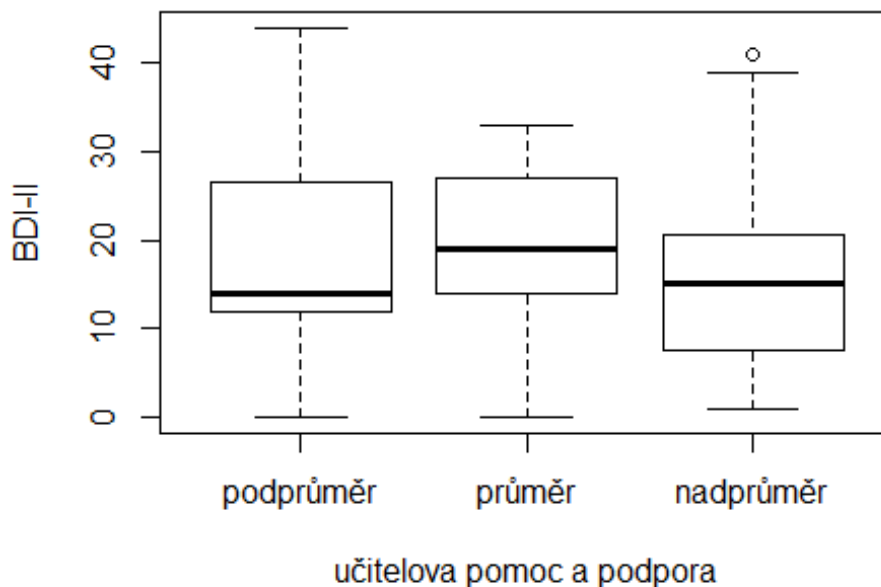
H0 6.3: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní učitelovy pomoci a podpory.

V tabulce 13 lze vidět záchyt závažnosti depresivní symptomatologie žáků s rozdílně vnímanou úrovní učitelovy pomoci a podpory. Jako podprůměrnou pocítuje učitelovu pomoc a podporu 48 žáků (35,56 %). Jako průměrnou hodnotí učitelovu pomoc a podporu 31 žáků (22,96 %). Jako nadprůměrnou pocítuje učitelovu pomoc a podporu 56 žáků (41,48 %). Žáci, kteří vnímají učitelovu pomoc a podporu jako nadprůměrnou, vykazují klesající četnost se zvyšující se závažností deprese. V grafu 8 lze pozorovat nejvyšší medián BDI-II (19 bodů) u žáků, kde úroveň prožívané učitelovy pomoci a podpory je průměrná, nejnižší pak u žáků ve skupině podprůměr (14 bodů). Analýzou testem Kruskala-Wallise nebyly prokázány statisticky významné rozdíly v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní učitelovy pomoci a podpory. Míra signifikance je větší než hladina významnosti testu ($p = 0,2038$). To znamená, že **nulovou hypotézu nezamítáme**.

Tabulka 13. Vyhodnocení BDI-II dle učitelovy pomoci a podpory

BDI-II	Učitelová pomoc a podpora							p hodnota*
	N = 135							
	N (%) = 100							
	Podprůměr				Průměr	Nadprůměr		
	4	5	6	7	8	10	12	
Minimální	5 (3,70)	0 (0,00)	10 (7,41)	2 (1,48)	7 (5,19)	12 (8,89)	11 (8,15)	0,2038
Mírná	8 (5,93)	0 (0,00)	6 (4,44)	0 (0,00)	10 (7,41)	8 (5,93)	8 (5,93)	
Střední	2 (1,48)	1 (0,74)	4 (2,96)	0 (0,00)	9 (6,67)	7 (5,19)	2 (1,48)	
Těžká	2 (1,48)	0 (0,00)	8 (5,93)	0 (0,00)	5 (3,70)	6 (4,44)	2 (1,48)	

Legenda: N – absolutní četnost, N (%) – relativní četnost, *Kruskal-Wallisův test, $\alpha = 0,05$



Graf 8. Skóry BDI-II dle učitelovy pomoci a podpory

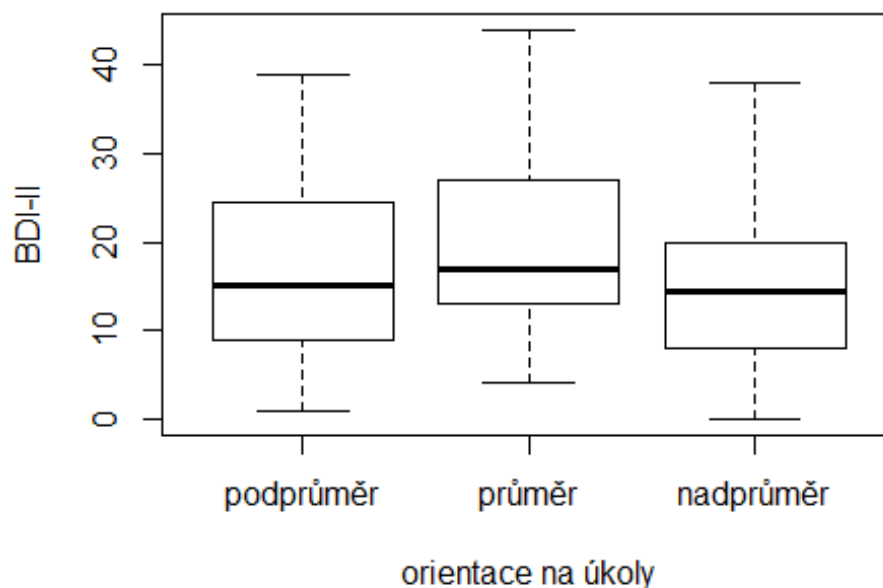
H0 6.4: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní orientace na úkoly.

Tabulka 14 uvádí detekci závažnosti depresivní symptomatologie žáků s rozdílně vnímanou úrovní orientace na úkoly. Jako podprůměrné hodnotí prožitek orientace na úkoly 48 žáků (35,56 %). Průměrná úroveň prožívané orientace na úkoly je pro 41 žáků (30,37 %). Jako nadprůměrnou hodnotí úroveň prožívané orientace na úkoly 46 žáků (34,07 %). Graf 9 znázorňuje mediány BDI-II u žáků s rozdílně pocíťovanou úrovní orientace na úkoly. Nejvyšší medián generují žáci ve skupině průměr (17 bodů), nejnižší pak žáci ve skupině nadprůměr (14,5 bodů). Testem Kruskala-Wallisů nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v míře depresivní symptomatologie mezi žáky rozdílně vnímanou úrovní orientace na úkoly ($p = 0,2634$). To znamená, že **nulovou hypotézu nezamítáme**.

Tabulka 14. Vyhodnocení BDI-II dle orientace na úkoly

BDI-II	Orientace na úkoly						p hodnota*
	N = 135						
	N (%) = 100						
	Podprůměr		Průměr	Nadprůměr			
	4	6	8	9	10	12	
Minimální	4 (2,96)	16 (11,85)	11 (8,15)	0 (0,00)	10 (7,41)	6 (4,44)	0,2634
Mírná	4 (2,96)	9 (6,67)	11 (8,15)	0 (0,00)	9 (6,67)	7 (5,19)	
Střední	1 (0,74)	5 (3,70)	12 (8,89)	0 (0,00)	6 (4,44)	1 (0,74)	
Těžká	4 (2,96)	5 (3,70)	7 (5,19)	1 (0,74)	4 (2,96)	2 (1,48)	

Legenda: N – absolutní četnost, N (%) – relativní četnost, *Kruskal-Wallisův test, $\alpha = 0,05$



Graf 9. Skóry BDI-II dle orientace na úkoly

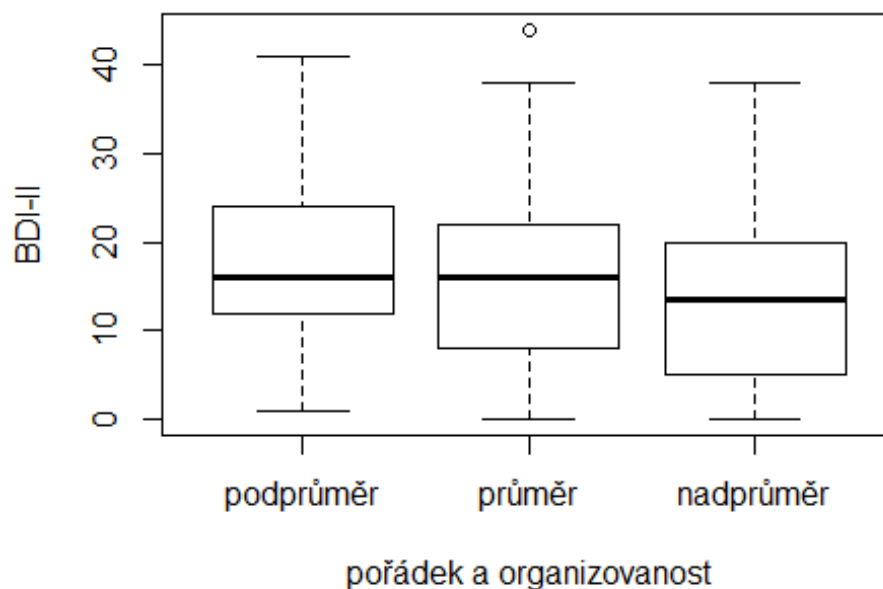
H0 6.5: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní pořádku a organizovanosti.

Tabulka 15 zobrazuje identifikaci závažnosti depresivní symptomatologie žáků s rozdílně vnímanou úrovní pořádku a organizovanosti. Pouze 10 žáků (7,41 %) hodnotí prožitek pořádku a organizovanosti jako nadprůměrný. Průměrná je úroveň vnímaného pořádku a organizovanosti pro 41 žáků (30,37 %). Nadpoloviční většina vzorku, 84 žáků (62,22 %), pociťuje pořádek a organizovanost jako podprůměrný. V grafu 10 lze vidět, že žáci ve skupině podprůměr a průměr generují identický medián (16 bodů), který je vyšší než v případě žáků s nadprůměrným prožitkem pořádku a organizovanosti (13,5 bodů). Test Kruskala-Wallise nepotvrdil statistickou významnost rozdílů v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní pořádku a organizovanosti. Podle míry signifikance ($p = 0,3417$) je zřejmé, že je vyšší než hladina významnosti testu. To znamená, že **nulovou hypotézu nezamítáme**.

Tabulka 15. Vyhodnocení BDI-II dle pořádku a organizovanosti

BDI-II	Pořádek a organizovanost					p hodnota*
	N = 135					
	N (%) = 100					
	Podprůměr		Průměr	Nadprůměr		
4	6	8	10	12		
Minimální	9 (6,67)	17 (12,59)	16 (11,85)	0 (0,00)	5 (3,70)	0,3417
Mírná	7 (5,19)	22 (16,30)	9 (6,67)	0 (0,00)	2 (1,48)	
Střední	2 (1,48)	12 (8,89)	10 (7,41)	1 (0,74)	0 (0,00)	
Těžká	7 (5,19)	8 (5,93)	6 (4,44)	2 (1,48)	0 (0,00)	

Legenda: N – absolutní četnost, N (%) – relativní četnost, *Kruskal-Wallisův test, $\alpha = 0,05$



Graf 10. Skóry BDI-II dle pořádku a organizovanosti

H0 6.6: Neexistuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní jasnosti pravidel.

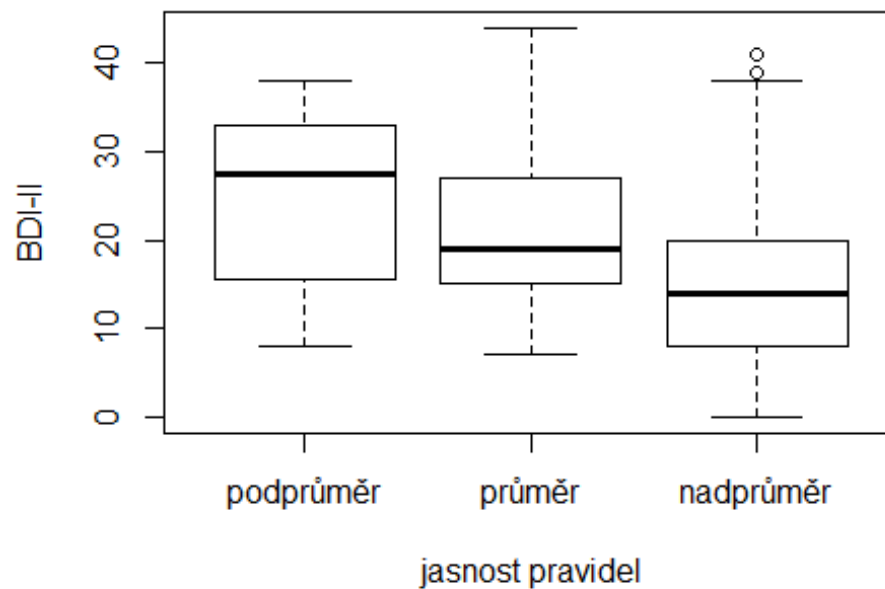
Tabulka 16 prezentuje záchyt závažnosti depresivní symptomatologie žáků s rozdílně vnímanou úrovní jasnosti pravidel. V tabulce lze vidět, že 20 žáků (14,81 %) pocítuje jasnost pravidel jako podprůměrnou. Průměrná je úroveň prožívané jasnosti pravidel pro 21 žáků (15,56 %). U největší části vzorku, 94 žáků (69,63 %), vystupuje prožitek jasnosti pravidel nad průměr. Žáci, kteří vnímají jasnost pravidel jako nadprůměrnou, vykazují klesající četnost se zvyšující se závažností deprese. Graf 11 poskytuje přehled o mediánech BDI-II, které vykazují sestupný trend ve směru podprůměr, průměr a nadprůměr. Jinými slovy, nejvyšší medián lze pozorovat u žáků ve skupině podprůměr (27,5 bodů), následují žáci ve skupině průměr (19 bodů) a nakonec žáci, kteří vnímají jasnost pravidel jako nadprůměrnou (14 bodů). Analýza testem Kruskala-Wallise potvrdila statistickou významnost rozdílů v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní jasnosti pravidel ($p = 0,0006$). To znamená, že **nulovou hypotézu zamítáme**.

Test Kruskala-Wallise pouze sděluje, že alespoň jedna ze skupin, odpovídající vždy jedné vnímané úrovni jasnosti pravidel, se odlišuje od ostatních dvou. Z boxplotu (graf 11) je pak zřetelné, že tyto dvě lišící se skupiny jsou podprůměr a nadprůměr. Za účelem přesného určení skupiny, která se statisticky významně odlišuje od ostatních, byl uplatněn post-hoc test. Dunnův test vícenásobného porovnání s Bonferroniho korekcí potvrdil, že žáci ve skupině podprůměr generují signifikantně vyšší hladiny depresivní symptomatologie oproti žákům ve skupině nadprůměr ($p = 0,0007$). Žáci ve skupině podprůměr vykazují vyšší hladiny také oproti žákům ve skupině průměr, ovšem tento rozdíl není statisticky významný ($p = 0,4494$). Lze tedy konstatovat, že čím méně jasná jsou pravidla ve třídě, tím vyšší je hladina depresivní symptomatologie.

Tabulka 16. Vyhodnocení BDI-II dle jasnosti pravidel

BDI-II	Jasnost pravidel					p hodnota*
	N = 135					
	N (%) = 100					
	Podprůměr		Průměr	Nadprůměr		
	4	6	8	10	12	
Minimální	4 (2,96)	0 (0,00)	4 (2,96)	17 (12,59)	22 (16,30)	0,0006
Mírná	0 (0,00)	3 (2,22)	8 (5,93)	14 (10,37)	15 (11,11)	
Střední	1 (0,74)	4 (2,96)	5 (3,70)	7 (5,19)	8 (5,93)	
Těžká	1 (0,74)	7 (5,19)	4 (2,96)	6 (4,44)	5 (3,70)	

Legenda: N – absolutní četnost, N (%) – relativní četnost, *Kruskal-Wallisův test, $\alpha = 0,05$



Graf 11. Skóry BDI-II dle jasnosti pravidel

5 DISKUZE

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit míru depresivní symptomatologie žáků vybrané Střední zdravotnické školy ve Frýdku-Místku. Výzkumný soubor byl konstruován ze 135 žáků. Podíl žen ve vzorku byl dominantní (91,85 %). Pro měření depresivních příznaků byla použita Beckova škála depresivity. Depresivní symptomatologie byla detekována u 65,19 % zúčastněných. Žáci, u kterých byly zachyceny depresivní symptomy, nejčastěji spadali do kategorie mírné závažnosti (29,63 %). Následovali žáci, jejichž hladina depresivních symptomů spadala do kategorie střední závažnosti (18,52 %). Nejnižší četnost měla kategorie těžká závažnost (17,04 %).

V Bulharsku realizovali šetření míry depresivní symptomatologie a stresu u studentů ošetrovatelství. Kohorta zahrnovala 100 studentů. Podíl žen ve vzorku atakoval hranici 98 %. K administraci posloužil Beckův inventář deprese. Depresivní symptomy byly identifikovány u 54,7 % zúčastněných s následující distribucí. Mírný stupeň závažnosti u 41,7 %, střední stupeň závažnosti u 11,5 % a těžký stupeň závažnosti u 1,4 % respondentů (Kostov et al., 2018). V Iránu mapovali vliv volnočasových aktivit na hladinu depresivních symptomů. Kohortu tvořilo 300 studentů ošetrovatelství. Podíl žen ve vzorku byl dominantní, dosahoval 89 %. Data byla sbírána Beckovým inventářem deprese. Depresivní symptomatologie byla zachycena u 58,7 % respondentů. Konkrétně 38 % spadalo do kategorie mírné závažnosti, 17,3 % do kategorie středně těžké závažnosti a 3,4 % do kategorie těžké závažnosti (Ghasemnegad, Hakimi, Motahari, 2016). V Nepálu vznikla studie, kde byl rovněž uplatněn Beckův inventář deprese. Přítomnost depresivní symptomatologie byla detekována u téměř 40 % participantů. Výzkumný vzorek byl konstruován z 227 studentů ošetrovatelství. Všichni účastníci výzkumu byli ženského pohlaví. U 27,4 % byl prokázán mírný stupeň závažnosti, u 9 % střední stupeň závažnosti a u 1,4 % těžký stupeň závažnosti depresivní symptomatologie (Risal, Sanjel, Sharma, 2016). V Řecku posuzovali přítomnost depresivní symptomatologie ve vztahu k suicidálním tendencím studentů ošetrovatelství. Studovanou populaci tvořilo 142 participantů. Podíl žen ve vzorku dosahoval 81,7 %. Beckovým inventářem deprese byla depresivní symptomatologie identifikována u 44 % adolescentů s následující stratifikací. 30 % spadalo do kategorie mírné závažnosti, 6 % do kategorie středně těžké závažnosti a 8 % do kategorie těžké závažnosti deprese (Melissa-Halikiopoulou et al., 2011). Další výzkum, opět z řeckého prostředí, se zabýval výskytem depresivní

symptomatologie ve vztahu v kontextu religiozity, sebevědomí a stresu. Výzkumný vzorek byl sestaven ze 193 studentů ošetrovatelství, sociální práce a předškolní pedagogiky. Studenti ošetrovatelství měli největší zastoupení (60,6 %), následovali studenti předškolní pedagogiky (20,2 %) a studenti sociální práce (19,2 %). Ženy byly v početní převaze. Poměr počtu žen a mužů činil zhruba 2 : 1. Beckův inventář deprese odhalil depresivní symptomy u 45,2 % zúčastněných, a sice u 28,5 % mírné závažnosti, u 8,1 % středně těžké závažnosti a 8,6 pak těžké závažnosti (Sakellari et al., 2018). Další šetření míry depresivní symptomatologie proběhlo na severu Iránu. Celkem 666 respondentů bylo rekrutováno ze středních škol, ale zaměření těchto škol není ve studii uvedeno. Větší zastoupení měli tentokrát muži (52,3 %). Metodou Beckova inventáře deprese byla detekována přítomnost depresivních symptomů u 42,8 % adolescentů. Diferenciace míry depresivní symptomatologie dotázaných byla následující. 33,6 % vykazovalo mírnou, 6,3 % středně těžkou a 2,9 % těžkou depresivní symptomatologii (Khesht-Masjedi et al., 2019).

Výsledky jiných studií jsou značně variabilní, nicméně míru depresivních symptomů zjištěnou v naší studované populaci je možné srovnat s výzkumy, kde autoři detekovali spíše vyšší hladiny. V dohledaných studiích se většinou nejvíce depresivních adolescentů nachází v kategorii mírné závažnosti deprese, následují adolescenti v kategorii středně těžké závažnosti a nejmenší četnost má kategorie těžké závažnosti deprese. Tato zjištění korespondují s výsledky našeho šetření.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky různého věku.

Nejvyšší medián BDI-II dosáhli žáci ve věku 20 let, avšak nutno upozornit, že tito žáci měli velmi nízkou četnost. Nejnižší medián BDI-II generovali žáci ve věku 17 a 18 let. Testováním jsme neshledali statisticky významný rozdíl v míře depresivní symptomatologie u žáků s rozdílným věkem. V rámci matematicko-statistických postupů byla analyzována také síla vztahů mezi skórem BDI-II a věkem pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, která se ukázala jako malá, záporná a statisticky nevýznamná.

Snahou bylo odhalit případné nuance v hladinách depresivních příznaků mezi žáky ve věkové periodě 15-20 let, kteří mají dle níže citovaného výzkumu nejvyšší predispozici ze všech věkových období v životě člověka. Při formulaci tohoto cíle stály v základu výsledky šetření Preisse, Vrané, Kuchařové (2010). Jejich výzkumný vzorek tvořilo 102 (51 %) žen a 98 (49 %) mužů. Pro potřeby studie byl vzorek rozdělen podle určitého

ontogenetického dělení do šesti věkových skupin, a to na postpubescenci (15-20 let), „mecítmu“ (20-30 let), období životní stabilizace a vyvrcholení (30-45 let), střední věk (45-60 let), stáří (60-75 let) a kmetství (75 let a více). Pro měření depresivních příznaků byl uplatněn Beckův inventář deprese. Nejvyšších hladin depresivních příznaků ze všech sledovaných kohort dosahovali právě jedinci ve věku 15-20 let (14,2 bodů). Ve věkových periodách 20-30 let a 30-45 let hladina klesala. Od 45 let až do 75 let a více hladina rostla, a to v průměru o 6,3 bodů. Ve věku 75 let a více hodnota dosahovala v průměru 13,5 bodů. Robustní výsledky přinesla metaanalýza 27 průřezových studií. Studovanou populaci představovalo 8 918 studentů ošetrovatelství, jejichž věkový průměr se pohyboval od 17,4 do 28,4 let. Podíl žen v kohortách jednotlivých studií varioval od 79 % do 100 %. Metaanalýzou dat byly zjištěny rozdíly v prevalenci depresivity u různých věkových skupin, přičemž signifikantně vyšší prevalence byla odhalena právě u mladších studentů (Tung et al., 2018). Wirback et al. (2018) mapovali sociální rozdíly u dospívajících s diagnostikovanou depresí. Celkem 169 262 adolescentů bylo podrobeno šetření, které mělo odhalit depresivní jedince. Zjistili, že nejčastěji byla deprese diagnostikována u dospívajících ve věku 17 let. Nejméně přítomná byla u těch, kterým bylo 13 let. Ve studované populaci byli zastoupení jedinci od 13 do 18 let.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky v jednotlivých ročnících.

V našem vzorku medián BDI-II dosáhl maxima v prvních ročnících a vykazoval sestupný trend až do třetích ročníků, kde dosáhl minima. Nicméně analýza nepotvrdila statisticky významný rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky v jednotlivých ročnících. V rámci analýzy byla testována také závislost mezi skórem BDI-II a jednotlivými ročníky pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, která se ukázala jako malá, záporná a statisticky nevýznamná. Výsledky jiných výzkumů nejsou jednoznačné.

V Bulharsku průřezově mapovali stres a depresivní symptomatologii studentů ošetrovatelství. Analýzy, podobně jako v našem výzkumu, nepotvrdily statistickou významnost rozdílu v míře depresivní symptomatologie mezi studenty v jednotlivých ročnících (Kostov et al., 2018). V Řecku analyzovali dopad studovaného ročníků na hladinu depresivních symptomů na kohortě 193 studentů pomáhajících profesí. Jednalo se o obory ošetrovatelství, sociální práce a předškolní pedagogiky. Studenti ošetrovatelství měli téměř 2/3 zastoupení. Z výsledku plyne, že nejvyšší skór BDI-II generovali studenti

třetích ročníků. Následovali studenti ve čtvrtých a poté v druhých ročnících. Nejméně skórovali studenti prvních ročníků. Respondenti ve třetích a čtvrtých ročnících vykazovali statisticky významný rozdíl v míře depresivní symptomatologie oproti těm v prvních ročnících (Sakellari et al., 2017). Protichůdné zjištění přinesla El-Bilsha (2012). Longitudinálním šetřením byla sledována přítomnost deprese a úzkosti u studentů ošetrovatelství. Dále byl testován rozdíl ve výskytu těchto proměnných mezi jednotlivými ročníky. U studentů v prvních ročnících byl zjištěn významně vyšší výskyt deprese a úzkosti oproti studentům čtvrtých ročníků. Také Chatterjee et al. (2014) výzkumem zahrnujícím 180 studentů ošetrovatelství odhalili, že studenti prvních ročníků mají signifikantně nejvyšší míru depresivních příznaků.

Pátráním po příčinách těchto odlišných závěrů a z nich plynoucích možných vysvětlení, byly identifikovány tři stěžejní prvky. Prvním je odlišnost kurikula, neboť ve světě existuje několik modelů vzdělávání v ošetrovatelství. Druhým je jiný výzkumný design studií. Třetím jsou různé termíny realizace dotazníkového šetření. Kostov et al. (2018) realizovali průřezové šetření v roce 2017 na počátku školního roku. El-Bilsha (2012) zahájila longitudinální studii v lednu roku 2007, sběr dat pokračoval také v roce 2010 a 2011. Chatterjee et al. (2014) uskutečnili dotazníkové šetření v listopadu a prosinci roku 2011. Jednalo se o průřezovou studii. Sakellari et al. (2017) ve své průřezové studii uvádí, že potenciaální respondenti byli osloveni v učebnách před zahájením vyučování. Konkrétní termín distribuce dotazníků respondentům se nepodařilo dohledat. Navíc kohortu konstruovali nejen ze studentů ošetrovatelství, což je dalším možným vysvětlením zjištěného stavu.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílným pohlavím.

Neodhalili jsme statisticky významný rozdíl v míře depresivní symptomatologie u žáků s rozdílným pohlavím. Nicméně náš vzorek nebyl příliš reprezentativní. Zastoupení mužské populace bylo velmi malé (8,15 %). Z informací uvedených v odborné literatuře a z mnoha studií vyplývá, že ženy mají pro depresi vyšší vulnerabilitu.

Novelizace doporučených diagnostických a léčebných postupů pro všeobecné praktické lékaře z roku 2013 zaměřených na osoby s depresí deklaruje, že ženy trpí depresí dvakrát častěji než muži (Laňková, Raboch, 2013). Rozdíl ve výskytu deprese mezi pohlavím dokládá také výzkum realizovaný na české adolescentní populaci, který se

zaměřoval na posouzení vzájemných vztahů mezi sebehodnocením, impulzivitou a depresivitou. Sběr dat byl realizován na celém území České republiky, soubor tvořilo 2 387 studentů gymnázií ve věku od 15 do 19 let. Ve vzorku bylo zastoupeno 41 % mužů (průměrný věk 17,02) a 59 % žen (průměrný věk 16,94). Ze studie je patrné, že ženy vykazovaly signifikantně vyšší hladiny depresivity než muži (Dolejš, Suchá, 2017). Thapar et al. (2012) uvádí, že ve výskytu deprese v adolescenci jsou ženy v silné převaze (2 : 1). Genderové rozdíly v prevalenci deprese jsou signifikantní, i když důvody pro tento fenomén nejsou zcela objasněny. Ukazuje se, že nástup deprese v období dospívání je spjat více s ženskými hormonálními změnami než s chronologickým věkem. Křivohlavý (2013) ve své publikaci nabízí jiný pohled. Uvádí, že dvakrát méně mužů, nežli žen navštíví lékaře či psychologa, když mají relativně stejné depresivní potíže. Podle něj se představa, že žen trpících depresí je asi dvakrát více nežli mužů, v poslední době radikálně mění.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílným rodinným statutem.

Prokázali jsme statistickou významnost rozdílů v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílným rodinným statutem. Žáci žijící v neúplných rodinách generovali signifikantně vyšší hladiny depresivní symptomatologie než žáci žijící v úplných rodinách. Pro účely našeho výzkumu se neúplnou rodinou rozumí žák, který bydlí buď s rodičem a jeho partnerem, nebo s jedním rodičem, případně v dotazníku uvedl možnost jiné. Úplná rodina je taková, kde žák bydlí s oběma rodiči. Zjištění našeho výzkumu je kompatibilní s výsledky níže citovaných studií, které také analyzovaly význam rodiny v kontextu deprese.

Pozoruhodné výsledky z českého prostředí přinesl výzkum Vavrysové (2018). Autorka posuzovala depresivní symptomatologii jednak u adolescentů v ústavní a ochranné výchově a jednak u adolescentů v běžné populaci. Ke sběru dat zvolila škálu depresivity Dolejše, Skopala a Suché. Jedná se o standardizovanou metodu zkonstruovanou primárně pro českou populaci adolescentů. První kohorta zahrnovala 2 406 žáků základních škol a gymnázií. Druhá kohorta, o početní síle 210 jedinců, byla tvořena adolescenty z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů. Testování přineslo důkaz, že adolescenti z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů dosáhli statisticky významně vyšších skóre, a byli tak depresivnější oproti běžné populaci. Ghasemnegad, Hakimi, Motahari (2016) jsou autory studie, která mapovala vliv volnočasových aktivit na hladinu

depresivních symptomů studentů ošetrovatelství. Z celkového počtu respondentů žilo 78,3 % se svou rodinou. Zbýlých 21,7 % respondentů se svou rodinou nežilo. V rámci analýzy získaných dat pak zjišťovali, zdali studenti, kteří žili se svou rodinou, generují rozdíl v míře depresivních příznaků oproti těm, kteří se svou rodinou nežili. Testováním bylo prokázáno, že studenti, kteří žili se svou rodinou, měli méně závažnou depresivní symptomatologii. Chatterjee et al. (2014) realizovali analytickou studii, ve které průřezově hodnotili tíži depresivní symptomatologie u studentů ošetrovatelství. V rámci zpracování dat se věnovali také posouzení významu rodiny ve výskytu depresivních symptomů. Z výsledků plyne, že studenti, kteří zažívali rodinnou disharmonii, trpěli depresivní symptomatologií 3,3krát častěji než ti, kteří rodinnou disharmonii nezakoušeli. Situace v rodině se tak ukázala statisticky významným etiologickým faktorem deprese.

Pátým dílčím cílem bylo zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní materiálního zajištění jejich rodin.

V našem výzkumném vzorku dosáhli nejvyšší medián BDI-II žáci, kteří úroveň materiálního zajištění považovali jako podprůměrnou. Následovali žáci, kteří hodnotili úroveň materiálního zajištění jako nadprůměrnou a nejnižší medián generovali žáci, kteří vnímali úroveň materiálního zajištění jako průměrnou. Avšak statistická analýza neprokázala signifikanci rozdílů v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou úrovní materiálního zajištění.

Lze dohledat značné množství studií, v centru jejichž pozornosti stojí problematika deprese. V některých takovýchto pracích jsou mapovány socioekonomické charakteristiky výzkumného vzorku a následně zjišťovány případné souvislosti s depresivní symptomatologií. V těchto výzkumech je na socioekonomické proměnné nahlíženo jako na statky materiální podstaty (hmotné zajištění) i hodnoty duševní povahy (kulturní kapitál). Pro účely této diskuze bude pracováno pouze s těmi informacemi, které vypovídají o úrovni materiálního zajištění respondentů.

Důkaz o korelaci socioekonomického statusu a deprese přinesli Wirback et al. (2018), kteří se pokusili identifikovat sociální diference u švédských adolescentů s diagnostikovanou depresí. Od respondentů zjišťovali příjmy jejich domácnosti, podle kterých konstruovali kategorie nízké, středně nízké, střední, středně vysoké a vysoké. Vyšší riziko pro depresi měli adolescenti ve skupině se středně nízkými příjmy, nicméně nebyly shledány rozdíly mezi skupinou s nejnižšími příjmy a skupinou s nejvyššími

příjmy. Dále zjistili, že vyšší riziko pro depresi měli adolescenti, jejichž rodiče pobírali dávky hmotné nouze v nezaměstnanosti. Ze Skandinávie pochází i další studie. Kleppang et al. (2018) zjišťovali konsekvence pohybové aktivity na hladinu depresivní symptomatologie u švédských adolescentů. Od respondentů zjišťovali ekonomickou situaci jejich rodin prostřednictvím otázky Jak na tom je vaše rodina finančně v posledních letech. Respondenti měli vybrat tvrzení, které nejlíp vystihovalo jejich situaci. Vybírali ze tří možností, a sice dobrá, ani dobrá ani špatná a špatná. Z výsledků vyplývá, že signifikantně více depresivních symptomů bylo zachyceno u adolescentů, kteří ekonomickou situaci jejich rodin vnímali jako špatnou. Další důkaz o souvislosti socioekonomických a deprese poskytuje Alvarez-Galvez, Gomez-Baya (2017), kteří posuzovali prevalenci deprese ve 20 evropských zemích. Data získali na vzorku 37 623 jedinců. Prevalence deprese dosáhla hodnoty 3,53 %. Země bývalého východního bloku jako Česká republika (6,41%), Estonsko (4,24%), Maďarsko (6,92%), Litva (4,44%), Polsko (5,93%), ale také státy Portugalsko (8,13%) a Španělsko (5,48%), generovali hodnoty, které výrazně přesahují evropský průměr. Dalším výstupem bylo zjištění, že nezaměstnanost a chudoba signifikantně pozitivně korelovaly s výskytem depresivních poruch.

Šestým dílčím cílem bylo zjistit, zda existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou kvalitou sociálního klimatu ve třídě.

Proměnné klimatu ve třídách Střední zdravotnické školy ve Frýdku-Místku byly zkoumány nástrojem Classroom Environment Scale. Tento dotazník má dvě formy, které umožňují zjišťovat dvě podoby klimatu školní třídy. Aktuální forma mapuje klima, které ve třídě aktuálně panuje. Preferovaná forma zjišťuje, které klima si žáci přejí, aby bylo. Pro potřeby této práce byla u žáků sejmuta pouze aktuální forma této metody.

Z našeho šetření vyplývá, že žáci pocíťovali vlastní angažovanost i angažovanost spolužáků ke školní práci jako podprůměrnou. Podprůměrný byl také prožitek pořádku a organizovanosti. Průměrná byla úroveň pocíťované učitelovy pomoci a orientace na úkoly. Nad průměr vystupovaly prožitky dobrých vztahů a jasnosti pravidel. Nabízí se srovnání zjištěných hodnot s výzkumnými údaji J. Laška (Lašek 2001), které získal na vzorku 472 žáků středních škol. Z jeho výsledků plyne, že kategorie angažovanost, pořádek a organizovanost, orientace na úkoly a učitelová pomoc žáci pocíťovali jako podprůměrné. Průměrná byla úroveň vnímané jasnosti pravidel. V kategorii dobrých vztahů vystupovala dosažená hodnota nad pomyslný průměr. Je však účelné si uvědomit,

že citovaný výzkum byl publikován před téměř dvěma dekádami, během kterých resort školství prošel řadou reforem.

V další etapě jsme zjišťovali, zdali existuje rozdíl v míře depresivní symptomatologie mezi žáky s rozdílně vnímanou kvalitou jednotlivých proměnných klimatu ve třídě. A skutečně rozdíly byly identifikovány. Ze všech komponent klimatu se jako statisticky významné ukázaly vztahy mezi žáky a jasnost pravidel. Shledali jsme, že žáci s podprůměrným prožitkem dobrých vztahů generovali významně vyšší hladiny depresivní symptomatologie oproti žákům, kteří pocítovali vztahy mezi žáky jako průměrné i oproti žákům, u nichž vystupoval prožitek vztahů nad průměr. Žáci, kteří hodnotili jasnost pravidel jako podprůměrnou, vykazovali signifikantně vyšší míru depresivní symptomatologie oproti žákům s nadprůměrným prožitkem této proměnné. Žáci, kteří vnímali jasnost pravidel jako podprůměrnou, vykazovali vyšší hladiny také oproti žákům ve skupině průměr, avšak tento rozdíl nebyl statistický významný. Jiné výzkumy přinášejí výsledky, z nichž některé s našimi korespondují a některé jsou v rozporu. Tyto diskrepance lze do určité míry vysvětlit sociokulturními vlivy, jelikož všechny níže citované výzkumy jsou zahraniční provenience. Další možné vysvětlení nabízí volba jiných metodických nástrojů i jiných metod statisticko-matematické analýzy. Nicméně nezpochybnitelný je dopad kvality mezilidských vztahů na depresivní symptomatologii, kde jsou naše závěry víceméně v souladu s výstupy jiných autorů.

Shochet, Smith (2014) zkoumali vlivy sociálního klimatu třídy a míry propojenosti žáků se školou (school connectedness) na depresivní symptomatologii adolescentů. Sociální klima třídy bylo zjišťováno metodou Classroom Environment Scale. Autoři zvolili verzi, která prostřednictvím 90 položek zkoumá 9 proměnných klimatu třídy. Pro jejich výzkumné účely však použili pouze 30 položek, které sytí kvality angažovanost, afiliace a podpora ze strany učitele. Školní propojenost byla hodnocena Psychological Sense of School Membership Scale (PSSM). PSSM obsahuje 18 položek, jako například Mám pocit, že jsem skutečnou součástí této školy, Jsem zapojen do mnoha aktivit na této škole, Ostatní studenti mě mají rádi, jaký jsem apod. Z výsledků plyne, že sledované klima ve třídě ovlivňovalo depresivní symptomatologii přímo i nepřímo ovlivněním míry propojenosti žáků se školou. Propojenost žáků se školou a podpůrné klima třídy mělo pozitivní dopad na duševní zdraví adolescentů, konkrétně ovlivněním míry depresivních symptomů. Vlivy propojenosti žáků se školou a podpory žáků ze strany učitele na depresi adolescentů zjišťovali také Joyce, Early (2014). Propojenost žáků se školou byla mapována prostřednictvím pěti položek. Cítím se blízko k lidem v této škole, Mám pocit, že jsem

součástí této školy, Studenti v této škole mají předsudky, Jsem rád, že jsem v této škole a Cítím se v této škole v bezpečí. K měření podpory žáků ze strany učitelů bylo použito dvou položek. Jak často jste měli problémy se svými učiteli od začátku školního roku? Máte pocit, že se o vás vaši učitelé zajímají? Z výsledku vyplynulo, že vyšší intenzita propojenosti žáků se školou korelovala s nižší mírou depresivní symptomatologie a vyšší intenzita podpory žáků ze strany učitele korelovala s nižší mírou depresivní symptomatologie. Významem podpory žáků ze strany učitele v kontextu depresivní symptomatologie se zabývali Mizuta et al. (2016). Podpora ze strany učitelů byla měřena metodou Scale of Expectancy for Social Support (SESS). SESS zahrnuje 16 položek, které žádají studenty, aby ohodnotili, jak velkou podporu mají od svých učitelů. Autoři zjistili, že podpora ze strany učitele neměla na hladinu depresivních příznaků žáků významný účinek. Signifikantní asociace byla odhalena pouze u žáků devátých tříd, kdy vnímaná podpora ze strany učitele byla asociována s nižší hladinou symptomů. Analýzy vlivu dalších faktorů ukázaly, že ve všech třídách měli významně vyšší míru depresivních symptomů žáci, kteří neměli nejlepšího kamaráda, byli nespokojení se známkami a prožili nezapomenutelnou stresovou situaci. Solidní výzkum nabízející vhled do problematiky konsekvencí mezilidských vztahů a sociální podpory na depresivní symptomatologii adolescentů realizovali Luo et al. (2017). U středoškolských žáků zjišťovali úroveň prožívané sociální podpory ve škole a mezilidské vztahy ve škole. Míru vnímané sociální podpory posuzovali Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). MSPSS se skládá ze tří dílčích subškál, a sice pro rodinu, přátele a významné druhé (significant others). Každá z těchto subškál disponuje čtyřmi položkami. Pro účely této studie byla uplatněna pouze subškála pro přátele (obsahující položky, jako například Mohu počítat s přáteli, když se něco pokazí) a pro významné druhé (obsahující položky, jako například Mám speciální osobu, která je pro mě skutečným zdrojem pohody). Interpersonální vztahy byly mapovány pomocí Interpersonal Relationship Scale (IRS), která diagnostikuje kvalitu vztahů v pěti dimenzích. Těmito jsou vztahy mezi vrstevníky stejného pohlaví, vrstevníky opačného pohlaví, rodičem a dítětem, učitelem a studentem a cizí vztahy. Cílem této studie bylo prozkoumat mezilidské vztahy ve školním prostředí, proto byly v této studii použity pouze tři dílčí škály (každá po čtyřech položkách) postihující vztahy mezi vrstevníky opačného pohlaví (zahrnující položky, jako např. Dívám se z patra na opačné pohlaví), vztahy mezi vrstevníky stejného pohlaví (zahrnující položky, jako např. Nemám přátel stejného pohlaví) a vztahy mezi učitelem a studentem (zahrnující položky, jako např. Pohrdám svým učitelem). Statistické analýzy potvrdily, že

všechny tři typy mezilidských vztahů a vnímaná sociální podpora měly přímé účinky na depresivní symptomatologii. Dále byly shledány generové diference. Vztahy mezi vrstevníky stejného pohlaví měly nejsilnější účinek na depresivní příznaky u dívek, zatímco vztahy mezi učitelem a studentem měly nejsilnější účinek na chlapce. Mezilidské vztahy a sociální podpora jsou skutečně preventivní faktory adolescentní depresivní symptomatologie. Riekie, Aldridge, Afari (2017) ve své studii analyzovali vztah školního klimatu k resilienci. Sociální klima bylo hodnoceno metodou What is Happening In This School (WHITS). WHITS zkoumá prostřednictvím 48 položek šest proměnných klimatu, kterými jsou podpora učitelů, vzájemná propojenost studentů, propojenost se školou, respekt odlišnosti, jasnost pravidel a možnost vyhledání pomoci. Výsledky ukázaly statisticky významné vztahy mezi vybranými oblastmi klimatu školy a sledovanými proměnnými. Z výsledků plyne, že pět z šesti proměnných školního klimatu pozitivně korelovalo s úrovní resilience adolescentů. Těmito byly podpora ze strany učitelů, vzájemné propojení studentů, propojení studentů se školou, jasnost pravidel a možnost vyhledání pomoci.

5.1 Návrh využití výsledku pro praxi

Zjistili jsme, že téměř u 2/3 zúčastněných žáků byla přítomná depresivní symptomatologie různé tíže. Žáci prvních ročníků vykazovali oproti žákům z ostatních ročníků vyšší hladiny. Přestože tento rozdíl nebyl statisticky významný, doporučujeme v rámci disponibilní časové dotace zařadit do učebního plánu prvních ročníků středních zdravotnických škol vyučovací předmět Výchova ke zdraví. Ve školním vzdělávacím programu v učební osnově tohoto předmětu věnovat tematický celek problematice duševního zdraví.

Na straně pedagogických pracovníků by bylo účelné uvědomění, že žáci z neúplných rodin mají pro depresi vyšší vulnerabilitu. Tato skutečnost nabývá na významu v dnešním světě více než kdy jindy. Je všeobecně známo, že jedním z projevů krize tradiční rodiny je stoupající rozvodovost.

Pedagogičtí pracovníci by měli ve výuce klást důraz na skupinové formy práce, které podle Mareše (2013) podporují vrstevnické vztahy mezi žáky a prosociální chování. Z didaktického hlediska jde o organizační formy výuky označované jako skupinové vyučování nebo jako kooperativní výuka. Kosíková (2011) uvádí, že kooperativní výuka

rozvíjí nejen cíle kognitivní, ale i cíle sociální a osobnostní. Podle Townsenda (2010) musíme vidět vzdělávání jako globální zkušenost s lidmi spolupracujícími ke zdokonalování sebe sama, místní komunity i planety jako celku.

Na základě rozborů položek české adaptace dotazníku CES-A, které sytí proměnnou jasnost pravidel, doporučujeme pedagogům formulovat ve třídě jasná a srozumitelná pravidla, která mají studenti dodržovat, včetně sankcí při jejich porušení. Tato pravidla by se neměla často měnit.

V budoucnu by bylo užitečné realizovat longitudinální výzkum zaměřený na zjištění míry depresivní symptomatologie žáků, do kterého by byly zahrnuty všechny zdravotnické školy alespoň v rámci Moravskoslezského kraje. Výzkum by bylo přínosné rozšířit o posouzení případného vlivu kooperativních a inovativních výukových metod na míru depresivních symptomů. Užitečný by byl rovněž výzkum mapující případné konsekvence přísných, ale spravedlivých pravidel v prostředí školy na depresivitu adolescentů. V neposlední řadě by bylo účelné podrobit šetření žáky středních odborných škol s jinou nabídkou oboru vzdělání, případně čtyřletých gymnázií a nalezené hodnoty pak porovnat mezi školami. Podnětné výsledky by rovněž přinesly výzkumy mapující psychosociální klima školy v kontextu prožívaného stresu žáků středních zdravotnických škol.

ZÁVĚR

Teoretická část práce je věnována tématu deprese se zaměřením na adolescentní populaci a problematice klimatu v kontextu školy. Empirická část prezentuje realizovaný výzkum a jeho výsledky. Významným zjištěním, které tato práce přináší, je detekce depresivní symptomatologie u nadpoloviční většiny výzkumného vzorku. Bylo shledáno, že ze všech sledovaných sociodemografických charakteristik je signifikantní rozdíl v míře depresivní symptomatologie u žáků s rozdílným rodinným statusem. Žáci žijící v neúplných rodinách mají pro depresi vyšší vulnerabilitu. Mezi nosná zjištění této práce patří objasnění rozdílů v míře depresivní symptomatologie žáků s rozdílně vnímanou kvalitou sociálního klimatu ve třídě. Ze všech komponent třídního klimatu se jako statisticky významné ukázaly vztahy mezi žáky a jasnost pravidel. Žáci s podprůměrným prožitkem dobrých vztahů mezi žáky a žáci s podprůměrným prožitkem jasnosti pravidel vykazují závažnější depresivní symptomatologii. Poznatky plynoucí z této práce mohou být relevantní ve snaze školských pracovníků z řad pedagogů posilovat duševní zdraví žáků středních zdravotnických škol. Nalezené hodnoty mohou být východiskem pro koncepci vzdělávacích programů na úrovni školy. V současné době již jsou zmapovány konsekvence klimatu ve školách na míru depresivní symptomatologie adolescentní populace a z nich plynoucí doporučení ve smyslu evidence based pedagogy. Ovšem osobní zkušenost autora je taková, že tyto informace pronikají mezi učitele odborných předmětů velmi pozvolna. Zde lze vidět prostor k implementaci změn.

SOUHRN

V teoretické části práce jsou specifikována teoretická východiska, ze kterých autor vychází. Empirická část prezentuje realizovaný výzkum a jeho výsledky. Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit míru depresivní symptomatologie žáků vybrané střední zdravotnické školy v Moravskoslezském kraji. Ke sběru dat byly použity Beck's Depression Inventory a Classroom Environment Scale. Práce má charakter kvantitativního výzkumu. Výsledky práce v souladu s výsledky jiných autorů potvrzují vysokou prevalenci depresivní symptomatologie u adolescentní populace. Mezi nosná zjištění této práce patří objasnění rozdílů v míře depresivní symptomatologie žáků s rozdílným rodinným statutem a s rozdílně vnímanou kvalitou sociálního klimatu ve třídě.

Klíčová slova: deprese, klima třídy, klima školy, žáci, ošetřovatelství

SUMMARY

The theoretical starting points are specified in the theoretical part of the diploma thesis. The results of the implemented research are presented in the empirical part. The main aim of the thesis was to find out the extent of the depressive symptomatology of the students going to a chosen nursing high school in the Moravian-Silesian region. These data were collected from Beck's Depression Inventory and Classroom Environment Scale. The thesis is based on the quantitative research. The results are in agreement with the results of the other authors and prove high prevalence of the depressive symptomatology among adolescent population. The principal ascertainment of the thesis concerns elucidation of difference in the extent of the depressive symptomatology of the students with different family status and with different feeling of the quality of the social climate in the classroom environment.

Key words: depression, classroom environment, school climate, pupils, nursing

REFERENČNÍ SEZNAM

ALVAREZ-GALVEZ, J., GOMEZ-BAYA, D. Socioeconomic Context as a Moderator in the Relationship between Body Mass Index and Depression in Europe. *Health and Well-being*. 2017;9(3):410-428.

ANBARASU, M., CHANDRAMOHAN, V. Yoga in the management of depression among students. *Indian Journal of Positive Psychology*. 2015;6(4):410-413.

AUGNER, CH. Depressive symptoms and perceived chronic stress predict test anxiety in nursing students. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2015;6(3):291-297.

BECK, A. T., STEER, R. A., BROWN, G. K. Manual for the Beck Depression Inventory-II. 1996. In PREISS, M., VACÍŘ, K. *Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé: BDI-II. Příručka*. Brno: Psychodiagnostika, a.s., 1999. 22 s.

BHAVANA, N., KULKARNI, P., NAGARAJ, R. Prevalence and Factors Influencing Depression among Adolescents with Type-1 Diabetes – A Cross-Sectional Study. *International Journal of Medicine and Public Health*. 2017;7(3):162-165.

BICKHAM, D., S., HSWEN, Y., RICH, M. Media use and depression: exposure, household rules, and symptoms among young adolescents in the USA. *International Journal Of Public Health*. 2015;60(2):147-155.

BRIÈRE, F. N. et al. School Environment and Adolescent Depressive Symptoms: A Multilevel Longitudinal Study. *Pediatrics*. 2013;131(3):702-708.

CALLEGARI, E. T. et al. Serum 25-hydroxyvitamin D and mental health in young Australian women: Results from the Safe-D study. *Journal of Affective Disorders*. 2017;224:48-55.

CORNELL, D., HUANG, F. Authoritative School Climate and High School Student Risk Behavior: A Cross-sectional Multi-level Analysis of Student Self-Reports. *Journal Of Youth And Adolescence*. 2016;45(11):2246-2259.

CORNELL, D., SHUKLA, K., KONOLD, T. Peer Victimization and Authoritative School Climate: A Multilevel Approach. *Journal of Educational Psychology*. 2015;107(4):1186-1201.

CROWLEY, B. Z. et al. Authoritative School Climate and Sexual Harassment: A Cross-Sectional Multilevel Analysis of Student Self-Reports. *School Psychology*. 2019;34(5):469-478.

ČAPEK, R. *Třídní klima a školní klima*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 328 s. ISBN 978-80-247-2742-4.

DEMUTHOVA, S. The School Environment as a Source of Somatic Problems in Adolescents. *Revista Romaneasca pentru Educatie Multidimensionala*. 2019;11(2): 59-71.

DENNY, S. et al. The Association Between Supportive High School Environments and Depressive Symptoms and Suicidality Among Sexual Minority Students. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2016;45(3):248-261.

DERVISHI, E., LALA, M., IBRAHIMI, S. School bullying and symptoms of depression. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2019;21(2):48-55.

DOLEJŠ, M., SUCHÁ, J. *Agresivita, depresivita, sebehodnocení a impulzivita u českých adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. 93 s. ISBN 978-80-244-5044-5.

EL-BILSHA, M. A. The relationship between feeling of anxiety and depression among nursing students at the faculty of nursing, Mansoura University: a longitudinal study. *Middle East Journal of Nursing*. 2012;6(6):26-35.

FATIMA, H. G. et al. A Comparative Study of the Classroom Environment of Public and Private Universities. *Journal of Arts and Social Sciences*. 2018;5(1):3-15.

GANDHI, R. R. et al. Anxiety and depression in spouses of males diagnosed with alcohol dependence: a comparative study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2017;4:51-56.

GHASEMNEGAD, S., M., HAKIMI, H., MOTAHARI, M., A. Studying the Relationship Between Leisure Time Activities and Depression in Nursing Students. *Journal of Pure and Applied Microbiology*. 2016;10(4):3213-3219.

GORDON, B. P., HEATHER, B., REBECCA, K. G. Vitamin D and depression. *Journal of Affective Disorders*. 2017;208:56-61.

GOTTFRIED, J. Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé. Recenze metody. *Testforum*. 2015;5:20-25.

GRECMANOVÁ, H. et al. *Klima školy: Soubor dotazníků pro učitele, žáky a rodiče*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2012. 27 s. ISBN 978-80-87063-80-4.

GURKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. 128 s. ISBN 978-80-271-0583-0.

HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 189-210 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

HOSÁK, L. et al. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 647 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HUANG, W., DEHONG, G. BAO, Y. Urinary iodine and serum 25-hydroxyvitamin D are associated with depression in adolescents. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*. 2018;17(12):2471-2476.

CHATTERJEE, S. et al. Depression among nursing students in an Indian government college. *British Journal of Nursing*. 2014;23(6):316-320.

JANOŠOVÁ, P. et al. *Psychologie školní šikany*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 416 s. ISBN 978-80-247-2992-3.

JEDLIČKA, R., KOŤA, J., SLAVÍK, J. *Pedagogická psychologie pro učitele*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2018. 528 s. ISBN 978-80-271-0586-1.

JIA, Y., KONOLD, T. R., CORNELL, D. Authoritative School Climate and High School Dropout Rates. *School Psychology Quarterly*. 2016;31(2):289-303.

JOYCE, H. D., EARLY, T. J. The Impact of School Connectedness and Teacher Support on Depressive Symptoms in Adolescents: A Multilevel Analysis. *Children and Youth Services Review*. 2014;39:101-107.

KALHOUS, Z. et al. *Školní didaktika*. 2 vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2009. 447 s. ISBN 978-80-7367-571-4.

KANTOROVÁ, J. et al. *Vybrané kapitoly z obecné pedagogiky II*. Olomouc: Hanex, 2010. 182 s. ISBN 978-80-7409-030-1.

KHESHT-MASJEDI, M., F. et al. The relationship between gender, age, anxiety, depression, and academic achievement among teenagers. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2019;8(3):799-804.

KLEPPANG A. L. et al. The association between physical activity and symptoms of depression in different contexts – a cross-sectional study of Norwegian adolescents. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1368.

KODISH, T. et al. Bullying, Depression, and Suicide Risk in a Pediatric Primary Care Sample. *Crisis*. 2016;37(3):241-246.

KOSÍKOÁ, V. *Psychologie ve vzdělávání a její psychodidaktické aspekty*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 272 s. ISBN 978-80-247-2433-1.

KOSTEV, K. et al. Association between chronic somatic conditions and depression in children and adolescents: A retrospective study of 13,326 patients. *Journal of Affective Disorders*. 2019;245:697-701.

KOSTOV, O. et al. Study of stress and depression among students specialty "nurse" in the medical university of Plovdiv before the session. *Biomedical Research*. 2018;29(12):2655-2658.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. 184 s. ISBN 978-80-247-4774-3.

LAŇKOVÁ, J., RABOCH, J. *Deprese: Doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2013. 15 s. ISBN 978-80-86998-65-7.

LA SALLE, T. P. et al. Associations between school climate, suicidal thoughts, and behaviors and ethnicity among middle school students. *Psychology in the Schools*. 2017;54(10):1294-1301.

LAŠEK, J. *Sociálně psychologické klima školních tříd a školy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2001. 161 s. ISBN 80-7041-088-4.

LEVINE, L. et al. Perfectionism in adolescents: self-critical perfectionism as a predictor of depressive symptoms across the school year. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2019;38(1):70-86.

LUO, Y. et al. Protective factors for depressive symptoms in adolescents: Interpersonal relationships and perceived social support. *Psychology in the Schools*. 2017;54(8):808-820.

MANNAN, M. et al. Prospective Associations between Depression and Obesity for Adolescent Males and Females- A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Plos One*. 2016;11(6):1-18.

MAREŠ, J. *Pedagogická psychologie*. Praha: Portál, s.r.o., 2013. 704 s. ISBN 978-80-262-0174-8.

MARMORSTEIN, N. R., IACONO, W. G., LEGRAND, L. Obesity and depression in adolescence and beyond: reciprocal risks. *International Journal of Obesity*. 2014;38:906-911.

MEE, S. Self-Efficacy: A Mediator of Smoking Behavior And Depression among College Students. *Pediatric Nursing*. 2014;40(1):9-37.

MELISSA-HALIKIOPOULOU, CH. et al. Suicidality and depressive symptoms among nursing students in northern Greece. *Health Science Journal*. 2011;5(2):90-97.

Mental health. *World Health Organization* [online]. WHO ©2019 [cit. 2019-03-23]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health>

MERTIN, V. et al. *Metody a postupy poznávání žáka: pedagogická diagnostika*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. 344 s. ISBN 978-80-7357-679-0.

MILAM, J. A. et al. School environments and obesity: The mediating role of personal stress. *Journal of Community Psychology*. 2017;45:715-726.

MIZUTA, A. et al. Teachers' support and depression among Japanese adolescents: a multilevel analysis. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2017;52(2):211-219.

MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: Desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

NALUGYA-SSERUNJOGI, J. et al. Prevalence and factors associated with depression symptoms among school-going adolescents in Central Uganda. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2016;10(39):1-8.

OBERLE, E. et al. Positive mental health and supportive school environments: A population-level longitudinal study of dispositional optimism and school relationships in early adolescence. *Social Science & Medicine*. 2018;214:154-161.

OREL, M. et al. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8.

PERSSON, M. Classroom Climate and Political Learning: Findings from a Swedish Panel Study and Comparative Data. *Political Psychology*. 2015;36(5): 587-601.

PÖSSEL, P. et al. Associations Between Teacher-Reported School Climate and Depressive Symptoms in Australian Adolescents: A 5-Year Longitudinal Study. *School Mental Health*. 2016;8(4):425-440.

PRAŠKO, J., BULIKOVÁ, B., SIGMUNDOVÁ, Z. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 2. vyd. Praha: Galén, 2012. 91 s. ISBN 978-80-7262-656-4.

PREISS, M., VRANÁ, K., KUCHARŮVÁ, J. Depresivita a úzkost v průběhu života v návaznosti na pojetí Václava Příhody. *Československá psychologie*. 2010;54(4):357-365.

PRINSTEIN, M. J., LA GRECA, A. M. Childhood Depressive Symptoms and Adolescent Cigarette Use: A Six-Year Longitudinal Study Controlling for Peer Relations Correlates. *Health Psychology*. 2009;28(3):283-291.

PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 6 vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2017. 488 s. ISBN 978-80-262-1228.

PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 296 s. ISBN 978-80-247-5452-9.

RABOCH, J. et al. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. 466 s. ISBN 978-80-246-1985-9.

Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání 53-41-M/03 Praktická sestra [online].

Praha: MŠMT, 2018 [cit. 2019-05-25]. Dostupné z:

<http://www.msmt.cz/vzdelavani/stredni-vzdelavani/ramcove-vzdelavaci-programy>

RATH, S., BEHURA, S. Obesity-depression link and Indian adolescents: An empirical study. *Indian Journal of Health and Wellbeing*. 2015;6(11):1132-1134.

RATHNAYAKE, S., EKANAYAKA, J. Depression, Anxiety and Stress among Undergraduate Nursing Students in a Public University in Sri Lanka. *International Journal of Caring Sciences*. 2016;9(3):1020-1032.

RIEKIE, H., ALDRIDGE, J. M., AFARI, E. The role of the school climate in high school students' mental health and identity formation: A South Australian study. *British Educational Research Journal*. 2017;43(1):95-123.

RISAL, A., SANJEL, S., SHARMA, P. P. Study of Depression among the Nursing Students in a University Medical College of Nepal. *Kathmandu University Medical Journal*. 2016;55(3):264-268.

SAKELLARI, E. et al. Exploring Religiosity, Self-Esteem, Stress, and Depression Among Students of a Cypriot University. *Journal of Religion and Health*. 2018;57(1):136-145.

SEPEHRMANESH, Z. et al. Vitamin D Supplementation Affects the Beck Depression Inventory, Insulin Resistance, and Biomarkers of Oxidative Stress in Patients with Major Depressive Disorder: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *The Journal of Nutrition*. 2016;146:243-248.

SHOCHET, J. M., SMITH, C. A prospective study investigating the links among classroom environment, school connectedness, and depressive symptoms in adolescents. *Psychology in the Schools*. 2017;51(5):480-492.

SOKRATIS, S. et al. Prevalence of depressive symptoms among schoolchildren in Cyprus: a cross-sectional descriptive correlational study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2017;11:1-11.

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012. 320 s. ISBN 978-80-262-0216-5.

THAPA, A., GUFFEY, S. A Review of School Climate Research. *Review of Educational Research*. 2013;83(3):357-385.

THAPAR, A. et al. Depression in adolescence. *The Lancet*. 2012;379(9820):1056-1067.

TICHÁČKOVÁ, A. Deprese a epilepsie. *Psychiatrie pro praxi*. 2012;13(4):169-173.

TOWNSEND, L. et al. The Association of School Climate, Depression Literacy, and Mental Health Stigma Among High School Students. *Journal of School Health*. 2017;87(8):567-574.

TOWNSEND, T. Lokálnost a globálnost – nové požadavky na efektivitu a zdokonalování práce školy. *Studia paedagogica*. 2010;15(2):9-26.

TUNG, Y. J. et al. Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*. 2018;63:119-129.

VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

VAN DIJK et al. Decline in physical activity during adolescence is not associated with changes in mental health. *BMC Public Health*. 2016;16:300.

VAVRYSOVÁ, L. *Rizikové aktivity, depresivita a vybrané osobnostní rysy u českých adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. 186 s. ISBN 978-80-244-5427-6.

VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 11. vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2015. 435 s. ISBN 978-80-7345-464-7.

WANG, C. et al. School Climate and Parental Involvement Buffer the Risk of Peer Victimization on Suicidal Thoughts and Behaviors Among Asian American Middle School Students. *Asian American Journal of Psychology*. 2018;9(4):296-307.

WATSON, H. J. et al. Normative Data for Female Adolescents with Eating Disorders on the Children's Depression Inventory. *International Journal of Eating Disorders*. 2014;47(6):666-670.

WEINBERGER, A. H. Depression and cigarette smoking behavior: A critical review of population-based studies. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2017;43(4):416-431.

WIRBACK, T. et al. Social differences in diagnosed depression among adolescents in a Swedish population based kohort. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):216.

YABLON, Y. B. Positive School Climate as a Resilience Factor in Armed Conflict Zones. *Psychology of Violence*. 2015;5(4):393-401.

YANG, CH. et al. Bullying Victimization and Student Engagement in Elementary, Middle, and High Schools: Moderating Role of School Climate. *School Psychology Quarterly*. 2018;33(1):54-64.

YANG, W. et al. Factor Structure and Criterion Validity Across the Full Scale and Ten Short Forms of the CES-D Among Chinese Adolescents. *Psychological Assessment*. 2018;30(9):1186-1198.

ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 3. vyd. Praha: Portál, 2011. 208 s. ISBN 978-80-262-0044-4.

ZHANG, Y. L. et al. Validity and reliability of Patient Health Questionnaire-9 and Patient Health Questionnaire-2 to screen for depression among college students in China. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2013;5(4):268-275.

SEZNAM ZKRATEK

α – hladina statistické významnosti

BDI-II – Beck's Depression Inventory

CCQ – Communication Climate Questionnaire

CDI – Children's Depression Inventory

CES – Classroom Environment Scale

CES-A – Classroom Environment Scale – Actual form

CES-D – Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

CSCSS – California School Climate and Safety Survey

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition

GAD-7 – Generalized Anxiety Disorder Scale 7

IRS – Interpersonal Relationship Scale

MCI – My Class Inventory

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí ve znění 10. decenální revize

MSPSS – Multidimensional Scale of Perceived Social Support

N – absolutní četnost

N (%) – relativní (procentuální) četnost

p hodnota – míra signifikance

PHQ-9 – Patient Health Questionnaire 9

PRQ – Peer Relationship Questionnaire

PSSM – Psychological Sense of School Membership Scale

QSL – Quality Of School Life

SCS – School Climate Scale

SESS – Scale of Expectancy for Social Support

SLEQ – School Level Environment Questionnaire

WHITS – What is Happening In This School

WIHIC – What Is Happening In This Class Questionnaire

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Charakteristika souboru

Tabulka 2. BDI-II kategorizace

Tabulka 3. BDI-II popisná statistika

Tabulka 4. CES-A popisná statistika

Tabulka 5. CES-A rozdělení počtů žáků dle dosažených bodů

Tabulka 6. Vyhodnocení BDI-II dle věku

Tabulka 7. Vyhodnocení BDI-II dle studovaného ročníku

Tabulka 8. Vyhodnocení BDI-II dle pohlaví

Tabulka 9. Vyhodnocení BDI-II dle rodinné situace

Tabulka 10. Vyhodnocení BDI-II dle vnímaného materiálního zajištění

Tabulka 11. Vyhodnocení BDI-II dle angažovanosti

Tabulka 12. Vyhodnocení BDI-II dle dobrých vztahů

Tabulka 13. Vyhodnocení BDI-II dle učitelovy pomoci a podpory

Tabulka 14. Vyhodnocení BDI-II dle orientace na úkoly

Tabulka 15. Vyhodnocení BDI-II dle pořádku a organizovanosti

Tabulka 16. Vyhodnocení BDI-II dle jasnosti pravidel

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1. Skóry BDI-II dle věku
- Graf 2. Skóry BDI-II dle studovaného ročníku
- Graf 3. Skóry BDI-II dle pohlaví
- Graf 4. Skóry BDI-II dle rodinné situace
- Graf 5. Skóry BDI-II dle vnímaného materiálního zajištění
- Graf 6. Skóry BDI-II dle angažovanosti
- Graf 7. Skóry BDI-II dle dobrých vztahů
- Graf 8. Skóry BDI-II dle učitelovy pomoci a podpory
- Graf 9. Skóry BDI-II dle orientace na úkoly
- Graf 10. Skóry BDI-II dle pořádku a organizovanosti
- Graf 11. Skóry BDI-II dle jasnosti pravidel

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Informovaný souhlas

Příloha 2. Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha 1. Informovaný souhlas

Informovaný souhlas – písemná informace pro rodiče žáků mladších 18 let

Vážení a milí rodičové,

jmenuji se Adam Hružek a jsem studentem navazujícího magisterského studia oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Pod supervizí doc. PhDr. Lucie Sikorové, Ph.D., zpracovávám diplomovou práci na téma Posouzení depresivní symptomatiky žáků střední zdravotnické školy.

Dovoluji si Vás tímto požádat o spolupráci Vašich dětí. Pro získání potřebných údajů budou žáci vyplňovat tři dotazníky. Prvním je sociodemografický dotazník. Druhým je Beckův inventář deprese (BDI-II). Třetím je Dotazník zjišťující klima třídy – aktuální forma (CES-A). Šetření bude probíhat v době výuky. Časová náročnost vyplnění dotazníků je přibližně 25-30 minut. Šetření je výhradně anonymní. Výsledky a údaje získané z dotazníků budou uchovávány a zpracovávány tak, aby se vyloučila možnost identifikace jednotlivých účastníků. Informovaný souhlas bude uchován odděleně od vlastních dotazníků. Nikde nebude uvedeno jméno Vaše ani Vašeho dítěte. Účast žáků na tomto projektu je zcela dobrovolná a žák, příp. zákonný zástupce, má možnost jí odmítnout bez udání důvodů. Odmítnutí účasti nebude mít žádný vliv na Vaši další spolupráci se školou.

Na základě poznatků plynoucích z této práce budou formulována doporučení pro pedagogickou praxi, která mohou vést ke zkvalitnění výuky na středních zdravotnických školách a mohou být podkladem pro koncepci školních i rámcových vzdělávacích programů.

Pokud budete mít jakékoliv otázky související s účastí žáků v projektu, můžete mne kontaktovat telefonicky na čísle + 420 725 943 463 nebo prostřednictvím e-mailu a.hruzek@seznam.cz nebo adam.hruzek01@upol.cz

Děkuji za pochopení.

Souhlas s účastí

Přečetl/a jsem si výše uvedené informace o výzkumu zaměřeném na posouzení depresivní symptomatiky žáků středních zdravotnických škol a měl/a jsem možnost se dotazovat na podrobnosti výzkumu. Nemám námitek s účastí níže jmenovaného žáka v tomto projektu.

Jméno žáka:.....

Podpis zákonného zástupce:.....

V..... dne

Příloha 2. Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Střední zdravotnická škola, příspěvková organizace
Mgr. Ludmila Pavlátová
ředitelka školy
tř. T. G. Masaryka 451
738 01 Frýdek-Místek

Střední zdravotnická škola Frýdek-Místek, příspěvková organizace	
Doloženo dne:	20.3.2019
Čís. jedn., SZŠ:	FM 503/2019
Počet listů:	7
Počet listů příloh:	

Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Vážená paní ředitelko,

jmenuji se Adam Hružek a jsem studentem navazujícího magisterského studia oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Dovoluji si obrátit se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření u žáků 1. - 4. ročníků oboru Praktická sestra (Zdravotnický asistent). Získané údaje budou použity pro účely tvorby diplomové práce na téma Posouzení depresivní symptomatiky žáků střední zdravotnické školy, kterou zpracovávám pod supervizí doc. PhDr. Lucie Sikorové, Ph.D.

Pro získání potřebných údajů budou použity tři dotazníky. Prvním je sociodemografický dotazník vlastní konstrukce. Druhým dotazníkem je Beckův inventář deprese (BDI-II). Třetím je Dotazník zjišťující klima třídy – aktuální forma (CES-A). Šetření by probíhalo v měsíci dubnu 2019. Časová náročnost vyplnění dotazníků nepřesáhne 30 minut. Šetření bude výhradně anonymní. Výsledky a údaje získané z dotazníků budou uchovávány a zpracovávány tak, aby se vyloučila možnost identifikace jednotlivých účastníků. Od žáků mladších 18 let bude vyžadován informovaný souhlas rodičů, který bude uchován odděleně od vlastních dotazníků. Účast žáků na tomto projektu bude zcela dobrovolná a žák, příp. zákonný zástupce, bude mít možnost ji odmítnout bez udání důvodů.

Děkuji za pochopení.

Vyjádření instituce: *SOUHLASÍM S DOTAZNÍKOVÝM ŠETŘENÍM.
NEZLETIT ŽÁCI DOTAZNOU INFORMACE PRO
ZÁKONNĚ ZÁSTUPCE OD PANA HRŮZKA.
VSTUP DO JEDNOTLIVÝCH TŘÍD BUDE STUDENT
KONKULTOVAT SE ZÁSTUPCEM ŘEDITELKY ŠKOLY.
VE FRÝDEK-MÍSTĚK 20.3.2019*

Mgr. H. Pavlátová
Mariela Hložková

STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA
FRÝDEK-MÍSTEK,
příspěvková organizace
tř. T.G. Masaryka 451, 738 01 Frýdek-Místek
IČO: 00561151 • Tel.: 559 630 019

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Adam Hrůzek
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotvědy
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Posouzení depresivní symptomatiky žáků střední zdravotnické školy
Název v angličtině:	Assessment of depressive symptoms among students of secondary nursing school
Anotace práce:	<p>Práce je věnována tématu deprese se zaměřením na adolescentní populaci a problematice klimatu v kontextu školy. Hlavním cílem je zjistit míru depresivní symptomatologie žáků vybrané střední zdravotnické školy v Moravskoslezském kraji. Práce má charakter průřezové studie. Pro získání potřebných údajů je použita dotazníková baterie zahrnující standardizované dotazníky. Prvním je Beckův inventář deprese (BDI-II). Druhým je Dotazník sociálního klimatu třídy – aktuální forma (CES-A). Dotazníková baterie je doplněna o položky zjišťující sociodemografické údaje. Sběr dat proběhl v dubnu 2019. Ke statistickému zpracování bylo postoupeno 135 dotazníkových baterií, tomuto číslu odpovídá počet respondentů. Výsledky práce v souladu s výsledky jiných autorů potvrzují vysokou prevalenci depresivní symptomatologie u adolescentní populace. Mezi nosná zjištění patří objasnění rozdílů v míře depresivní symptomatologie žáků s rozdílným rodinným statusem a s rozdílně vnímanou kvalitou sociálního klimatu ve třídě.</p>
Klíčová slova:	Deprese, klima třídy, klima školy, žáci, ošetřovatelství.

Anotace v angličtině:	The thesis is concerned about adolescent population's depression and an issue of school climate. The main aim is to find out the extent of the depressive symptomatology of the students going to a chosen nursing high school in the Moravian-Silesian region. The thesis is based on cross-sectional profiled study. The standardized questionnaires are completed to collect the required data. The first one is called Beck's Depression Inventory (BDI-II) and the second one is called Classroom Environment Scale (CES-A). The facts about sociodemographical details are added. The survey was carried out in April 2019. 135 questionnaires by 135 respondents were statistically assessed. The results are in agreement with the results of the other authors and prove high prevalence of the depressive symptomatology among adolescent population. The principal ascertainment of the thesis concerns elucidation of difference in the extent of the depressive symptomatology of the students with different family status and with different feeling of the quality of the social climate in the classroom environment.
Klíčová slova v angličtině:	Depression, classroom environment, school climate, pupils, nursing.
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Informovaný souhlas Příloha 2. Žádost o umožnění dotazníkového šetření
Rozsah práce:	99 stran včetně příloh
Jazyk práce:	Český