

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

Faktory ovlivňující depresivitu v adolescenci

Bakalářská práce

Autor:	Michaela Chmelíková
Studijní program:	B 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent práce:	PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Michaela Chmelíková
Studium:	P18P0086
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Název bakalářské práce:	Faktory ovlivňující depresivitu v adolescenci
Název bakalářské práce AJ:	Factors affecting depressivity in adolescence

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá faktory, které ovlivňují depresivitu u adolescentů. Teoretická část se zaměřuje na období adolescence a na změny, které s tímto vývojovým obdobím přicházejí. Dále se bakalářská práce zabývá depresí a její klasifikací. Také jaké jsou možné příčiny vzniku deprese a možnosti léčby či případné prevence. Následně práce mapuje faktory, které se mohou podílet na vzniku deprese u adolescentů. Cílem bakalářské práce je zjistit výskyt a míru depresivity v souvislosti s působením různých faktorů v životě adolescenta. Dílčím cílem je prozkoumat vztah mezi depresivitou a rizikovým chováním v adolescenci. V této práci bude použit kvantitativní výzkum. Pro měření bude použit dotazník CDI (Children's depression inventory) - sebesposuzovací škála dětské depresivity. Průzkum bude realizován na vybraných základních školách.

BLATNÝ, Marek, ed. *Psychologie celoživotního vývoje*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016. 290 stran. ISBN 978-80-246-3462-3.

CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 142 s. ISBN 978-80-262-0062-8.

MACEK, Petr. *Adolescence*. 2., upr. vyd. Praha: Portál, 2003. 141 s. ISBN 80-7178-747-7.

PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 180 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-501-1.

NEUŽILOVÁ MICHALČÁKOVÁ, Radka. *Strachy v období rané adolescence*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu - Barrister {\& Principal, 2007. 149 s. Psychologie. ISBN 978-80-87029-15-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

Garantující pracoviště:	Ústav sociálních studií, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent:	PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	20.2.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 27. 4. 2021

Michaela Chmelíková

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat všem respondentům za ochotu spolupracovat na dotazníkovém šetření. Mé poděkování patří také mé rodině, partnerovi a nejbližším za podporu.

Anotace

CHMELÍKOVÁ, Michaela. *Faktory ovlivňující depresivitu v adolescenci*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2021. 86 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá depresivitou u adolescentů a faktory, které mohou depresivitu ovlivňovat. Teoretická část se zaměřuje na období adolescence a na změny, které s tímto vývojovým obdobím přicházejí. Dále se bakalářská práce zabývá depresí a její klasifikací. Popsány jsou zde i možné příčiny vzniku deprese, příznaky, diagnostika a možnosti léčby deprese. Následně práce mapuje faktory, které se mohou podílet na vzniku deprese u adolescentů. Pozornost je soustředěna na faktory, které negativně ovlivňují vznik deprese a na faktory, které naopak mohou depresi snižovat. Empirická část bude realizována prostřednictvím kvantitativního výzkumu, konkrétně dotazníkového šetření. Pro měření bude použit dotazník CDI (Children's depression inventory) – sebesuzovací škála dětské depresivity.

Klíčová slova: adolescence, depresivita, faktory, vývojové změny, sebepojetí

Annotation

CHMELÍKOVÁ, Michaela. *Factors affecting depressivity in adolescence*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2021. 86 pp. Bachelor Thesis.

This bachelor thesis deals with depression in adolescence and with factors, which can affect depressivity. Theoretical part is focused on period adolescence and on changes during adolescence. Changes that occurs in this transitional stage of human development. Bachelor thesis also deals with depression and classification. It describes possible causes of depression, symptoms, diagnostics and treatment options. Thesis include research of factors that causes teenagers depression, which can affect on teenagers depression. Attention is focused on circumstances that can build up depression or that can have positive effect and decrease negative feelings. The empirical part describes quantitative research, Through survey research. For the survey is used CDI (Children's depression inventory) – self-rated symptom scale for children and youth.

Keywords: adolescence, depressivity, factors, developmental changes, self-concept

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum:

Podpis studenta:

Obsah

Úvod	9
1 Adolescence	10
1.1 Časové vymezení a fáze adolescence	10
1.2 Vývojové změny.....	11
2 Depresivita a deprese	16
2.1 Definice deprese a její klasifikace	17
2.2 Deprese v adolescenci	18
2.3 Epidemiologie deprese	20
2.4 Etiologie deprese	20
2.5 Příznaky deprese.....	22
2.6 Komorbidita deprese	23
2.7 Diagnostika.....	24
2.8 Léčba	26
3 Rizikové faktory přispívající ke vzniku deprese	30
3.1 Genetika a vliv rodiny	31
3.2 Stres a zátěžové, nečekané životní situace	32
3.3 Sebepojetí a sebehodnocení, poruchy příjmu potravy.....	34
3.4 Sociální izolace – současná epidemiologická situace COVID-19	36
4 Faktory snižující výskyt deprese	39
4.1 Zdravý životní styl, trávení volného času.....	39
4.2 Sociální opora a psychická odolnost	41
5 Depresivita v adolescenci	44
5.1 Výzkumné cíle a formulace hypotéz	44
5.2 Výzkumná metoda.....	45
5.3 Sběr dat a výzkumný soubor	46
5.4 Popis výzkumného souboru.....	47
5.5 Výsledky a diskuze.....	49
5.6 Verifikace hypotéz.....	71
5.7 Shrnutí výzkumného šetření a diskuze	72
Závěr	77
Seznam použitých zdrojů	79
Seznam tabulek a grafů	85
Přílohy	87

Úvod

Deprese je jedna z nejzávažnějších duševních poruch a v současné době velmi závažným problémem společnosti. Jedná se o psychické onemocnění, jež se řadí mezi afektivní poruchy. O nárůstu výskytu deprese lze hovořit z několika příčin. Nárůst a vznik deprese může být ovlivněn například stresovými situacemi, náročnými a nečekanými životními situacemi, uspěchanou dobou, strachem a napětím. V dnešní době se potýkáme stále s rostoucími nároky nejen na dospělé, ale také na dospívající jedince. Adolescence je sama o sobě velmi složitá, riziková a mnohdy značně problematická vývojová období. V období dospívání dochází často k velkým změnám, ať už v oblasti osobnostní, biologické, tak i v psychické, emocionální, kognitivní či sociální. V této životní fázi může dospívajícího jedince ovlivňovat mnoho faktorů, mezi které lze zařadit například snížené sebehodnocení, mezilidské vztahy, stresové situace, zvládání zátěžových situací atp. Deprese je často spojována pouze s dospělými. Avšak deprese není záležitostí pouze dospělých, ale i dětí a dospívajících osob. Dnes už se čím dál více dostává do popředí fakt, že depresí mohou trpět i děti a dospívající, stejně jako dospělí. A právě adolescenti jsou velmi ohroženou skupinou. Čím dál více přibývá mladých lidí, kteří trpí depresivním onemocněním. Pro svoji práci jsem si zvolila toto téma, protože si myslím, že mu není věnována dostatečná pozornost.

Teoretická část je rozdělena do čtyř hlavních kapitol, přičemž první kapitola popisuje období adolescence, včetně časového vymezení, fází adolescence a vývojových změn v období dospívání. Ve druhé kapitole se bakalářská práce zaměřuje na problematiku depresivity a deprese. Tato kapitola se věnuje výskytu deprese, příčinám vzniku deprese, možným příznakům, komorbiditě deprese s ostatními nemocemi, diagnostice a léčbě deprese. Třetí kapitola mapuje rizikové faktory, které mohou přispívat ke vzniku deprese. Mezi takové faktory lze zařadit například stres, zátěžové situace, nečekané životní situace, snížené sebehodnocení, vliv rodiny atd. V následující kapitole je pozornost zaměřena na protektivní faktory, které mohou depresi snižovat – pravidelný pohyb, sociální opora či psychická odolnost.

Empirická část bude tvořena kvantitativním výzkumem, v podobě dotazníkového šetření. Pro měření bude použit dotazník CDI (Children's depression inventory) – sebesposuzovací škála dětské depresivity. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit výskyt a míru depresivity v souvislosti s působením různých faktorů v životě adolescenta.

1 Adolescence

Adolescence je bezesporu nejtěžší, nejproblémovější a velmi dynamické vývojové období. Období adolescence lze charakterizovat jako přechod z dětství do dospělosti, přičemž je dospívající jedinec podroben velkým změnám. Odborná literatura popisuje adolescenci následovně: „*Adolescence (adolesco – dospívát) je fází postupného vyhraňování a stabilizace východisek sebeřízení. Podstatným úkolem adolescence je tedy dosažení úrovně zralé a kultivované osobnosti.*“ (Čačka, 2000, s. 229). V tomto období dochází ke komplexní změně dítěte v dospělého jedince. Lze hovořit o přibližně jedné dekádě lidského života. Z hlediska biologického, psychického a sociálního člověk prochází vývojem, který zahrnuje také tělesnou zralost a schopnost reprodukce. Dále také rozvoj kognitivních schopností a introspekce, emoční vývoj, postupnost stabilizaci prožívání a regulaci chování (Blatný, 2016, s. 99).

Pojem adolescence je odvozen z latinského slovesa *adolescere*, což znamená dorůstat, dospívát, mohutnět. Přičemž termín *adolescent* se v českém jazyce volně zaměňuje s označením dospívající či dorost a taktéž s širším označením mládež (Macek, 2003, s. 9).

1.1 Časové vymezení a fáze adolescence

Věkové rozmezí adolescence se v odborných literaturách a u různých autorů může lišit. Avšak nejčastěji uváděným časovým vymezením adolescence je od 15 do 22 let. Macek (2003, s. 9) a taktéž Hort et al. (2008, s. 38), Říčan (2004, s. 191) a Langmeier & Krejčířová (2006, s. 143) se shodují, že adolescence je povětšinou datována od 15 do 20–22 let. Oproti tomu Vágnerová (2012b, s. 367) vymezuje adolescenci ve věku od 10 do 20 let.

Adolescence je autory rozlišována na tři fáze: (časnou) ranou, střední a pozdní. Časná neboli raná adolescence je dle Macka (2003, s. 35) datována od 10(11)–13 let. V této fázi se projevují první biologické a fyzické změny, které otvírají první „pasáž“ pro průchod z dětství do adolescence a poté i do dospělosti (Macek, 2003, s. 35). Carr-Gregg (2012, s. 26) charakterizuje ranou adolescenci jako období prudkých fyzických změn, které je provázáno úzkostí a jejímž zdrojem jsou například vlastní vzhled, tělesné tvary, rychlý růst a sexualita. V tomto období je velice běžné, že mladí lidé trpí nízkým sebevědomím a přecitlivělostí ve vztahu k vlastní osobě.

Vágnerová (2012b, s. 369) zmiňuje, že v rámci celkového vývoje dochází ke změně způsobu myšlení, kdy je dospívající jedinec schopen uvažovat abstraktně. Samozřejmě dochází rovněž ke změně emočního prožívání, jehož výkyvy mohou upoutávat pozornost nebo ovlivňovat hodnocení dospívajícího. Pro toto období je velmi důležité přátelství, první lásky a experimentování s partnerskými vztahy.

Střední adolescenci Macek (2003, s. 36) vymezuje od 14 do 16 roku. Střední adolescence je obdobím, které se vyznačuje intenzivním zájmem o vrstevníky a taktéž rozvolněním a zpřetrháním emocionálních vazeb k rodičům. V této vývojové fázi je typické, že dospívající v tomto věku odmítají autoritu a pomoc dospělých. Budují si tak svojí vlastní identitu – např. pomocí hudby, účesu, tetování nebo riskantního chování. (Carr-Gregg, 2012, s. 27–28). „*Není překvapující, že v období střední adolescence se často objevují poruchy v komunikaci a vztahy s rodiči bývají plně vášní.*“ (Carr-Gregg, 2012, s. 28).

Pozdní adolescence je datována od 17 do 20 let. Pozdní adolescence je fází, která bezprostředně směřuje k dospělosti. Pro toto období je charakteristické, že většina dospívajících ukončuje v této době své vzdělání a následně se snaží najít pracovní uplatnění. Adolescent se také zamýšlí nad svou osobní perspektivou, uvažuje o budoucích cílech a plánech, jak v profesním životě, tak i v oblasti partnerských vztahů (Macek, 2003, s. 36). Carr-Greg (2012, s. 28) zmiňuje, že v tomto období je mnoho mladých lidí již smířeno se svou identitou a chápou, jaká je jejich životní role. Co se týče vztahů k dospělým, většinou jsou mnohem více založeny na vzájemné úctě a lásce, neboť si mladí lidé uvědomují, že je ke svému životu potřebují. Dle Blatného (2016, s. 100) v těchto letech dochází k upevnění identity a k celkové stabilizaci osobnosti – v oblasti emocí, sebepojetí, profesní a hodnotové orientace ve vztahu k druhým (vrstevníci, přátelé, rodiče, partneři atd.) „*Smyslem pozdní adolescence je poskytnou jedinci čas a možnost porozumět sám sobě, zvolit si čeho chce v budoucnu dosáhnout a osamostatnit se ve všech oblastech, v nichž to současná společnost vyžaduje.*“ (Vágnerová, 2012b, s. 372).

1.2 Vývojové změny

V tomto období velmi často dochází k vývojovým změnám, které se týkají většinou biologické, emocionální, kognitivní a sociální oblasti. Tyto změny jsou samozřejmě vzájemně provázány. Změny spojené s obdobím adolescence mohou být pro některé

dospívající jedince značnou komplikací související s nepříjemnostmi v mnoha oblastech života, avšak je důležité na tyto změny pohlížet jako na součást přirozenosti a přechodu z dětství do dospělosti. „*Vývojové přechody může člověk pojmout jako určitou výzvu a novou příležitost, mohou být také vnímány jako komplikující a stresující události v životě.*“ (Macek, 2003, s. 42).

Období dospívání, které souvisí s mnoha změnami, je rovněž spojeno i s řadou specifických nejistot, rozporů či ambivalencí. Toto období je významné v hledání své vlastní identity a ve vytváření vztahů k okolnímu světu, což s sebou přináší mnohé nejistoty či obavy, které jsou často spjaty se sebou samým, s pocity vlastní nedostačivosti, strachem ze selhání či ze sociálního odmítnutí (Neužilová Michalčáková, 2007, s. 45).

Biologické změny

První změny, které uvádí dítě do adolescence jsou dle většiny autorů změny hormonální. Hladina hormonů se začíná zvyšovat okolo 8. roku života, ale zjevné sekundární pohlavní znaky se objevují zhruba o 4 až 6 let později. Pro toto období je rovněž typický zrychlený růst, především výška a váha. Zajímavostí je, že pokud se mezi jedenáctým až dvanáctým rokem ve výšce či váze obě pohlaví velmi neliší, v osmnácti letech jsou tyto rozdíly velmi markantní (Macek, 2003, s. 43).

Pokud se jedná o tělesný vývoj, u většiny chlapců je růst do výšky ještě výrazný, u dívek již nepatrný. Chlapecká postava dále mužní tím, že jim mohutní svalstvo. U dívek se postava stává výrazně ženskou, a to především růstem ňader a boků, ale také i dalších jiných změn. Vlastní tělo je nyní hlavním předmětem pozornosti. Chlapci se zajímají o to, zda nevypadají málo mužně, nemají-li málo široká ramena a mohutné svaly. Dívky naopak sledují, zda nevypadají příliš mužsky a zda je jejich postava štíhlá. Je velmi časté, že se jak chlapci, tak i děvčata v období adolescence sami sobě nelíbí. Většinou doufají, že pravidelným cvičením si zlepší postavu a později se ukážou výsledky. Taktéž dochází ke změnám v oblasti hlavy a tváře. U chlapců se objevuje ochlupení, které se vyskytuje v podobě prvních vousů. Rovněž se objevují některé nedokonalosti, jako je například akné v obličejí (Říčan, 2004, s. 194).

Časté nejistoty či obavy v tomto vývojovém období mohou často souviset s tělesným vývojem a s výraznými změnami týkající se somatické oblasti. Pro mnohé dospívající tyto tělesné proměny znamenají náročnou situaci z hlediska adaptace – kritiky či negativního hodnocení okolí, což může mít negativní dopad na sebehodnocení dospívajícího jedince (Neužilová Michalčáková, 2007, s. 45).

Emocionální změny

Macek (2003, s. 48) píše, že v průběhu střední adolescence získávají mladí lidé emoce a city související s erotickou sférou života, estetické city a mravní citění. Často dochází k tomu, že adolescent dospěje do tzv. „prvního vystrážlivění“, které zažívá při srovnání reality se svými představami a ideály. Takové představy souvisejí s volbou střední školy, ve vztahu s rodiči, přáteli či v sexuálních vztazích.

Vágnerová (2012b, s. 390) v souvislosti s emocionálním vývojem hovoří o změnách v oblasti citového prožívání, které se často projevují kolísavou náladou, větší labilitou, dráždivostí či tendencí reagovat přecitlivěle i na běžné podněty. Pro dospívající je často překvapením změna jejich vlastních pocitů, prožitků a proměny nálad. Ve většině případů ani nejsou sami schopni vysvětlit jejich příčinu a reagují pak na své vlastní pocity jako na něco obtěžujícího. „*Změna emočního prožívání se navenek může projevovat větší impulzivitou a nedostatkem sebeovládání.*“ (Vágnerová, 2012b, s. 391). Dle Vágnerové bývá též velmi typické, že dospívající již nejsou tolik otevření jako dříve a nejsou ochotni své prožitky s kýmkoliv sdílet. V případě, že se jedná o negativní pocity smutku, snaží se je nedávat tolik najevo. Často se stává, že nemají ve svých pocitech jasno a někdy je neumí ani velmi dobře vysvětlit. Začíná se více objevovat sebeuvědomování, nejistota a kumulace kritických reakcí jiných lidí. Z nejistoty může pramenit úzkost, dospívající pak mají větší sklony k prožitkům smutku, znechucení nebo komplexnímu negativismu vůči všemu možnému, včetně sebe. „*Zvyšuje se sklon k anhedonii, špatné náladě i depresivnímu ladění, a v souvislosti s tím vznikají další problémy, většinou interpersonálního charakteru.*“ (Medvěďová, 2002 in Vágnerová, 2012b, s. 392).

Kognitivní změny

V oblasti kognitivních změn v období adolescence dochází k velkým změnám. Zejména v oblastí vnímání, paměti, představivosti, myšlení, fantazie atd. V teorii kognitivního vývoje dle Piageta se rozlišují čtyři hlavní etapy myšlení. Každá z etap má určité

charakteristiky, které ovlivňují veškeré myšlení jedince. (Sobotková, 2014, s. 29–30). „Kognitivní změny v adolescenci jsou reprezentovány především utvářením formálních operací a nástupem abstraktního myšlení. Emocionální vývoj probíhá v dospívání v jednotlivých fázích postupně od zvýšené emoční lability v časně adolescenci k relativní stabilizaci emocionality, diferenciaci a integraci emočních prožitků v období střední a pozdní adolescence. Změny v kognitivních a emocionálních procesech se samozřejmě odrážejí ve změně postojů a vztahů k sobě, druhý a světu jako takovému.“ (Sobotková, 2014, s. 30).

Čačka (2000, s. 231–232) zmiňuje, že dospívání je stádiem, ve kterém dochází čím dál více k řešení stále komplexnějších a širších problémů. Častěji je využívána schopnost samostatnějšího, pružnějšího a díky zkušenostem rovněž přiléhavějšího reagování na vnější situaci.

Do kognitivního vývoje můžeme zařadit taktéž sociálně-kognitivní vývoj. V sociálně-kognitivním vývoji se dle Sobotkové (2014, s. 30) adolescenti, především dívky, stále více orientují na přátelství v termínech „intimita“, „blízkost“, „důvěra“. Sociálně-kognitivní vývoj se taktéž zabývá problematickými aspekty sociálních vztahů. Těmi jsou například obtěžování ze strany vrstevníků, viktimizace a vyloučení ze skupiny. „Sociální uvažování adolescentů je ovlivněno skupinovými stereotypy referenční skupiny, kulturním a sociálním kontextem.“ (Sobotková, 2014, s. 31).

Sociální změny

Jeden z důležitých bodů v době adolescence je osamostatňování jedince a částečné odpoutání od rodiny. Často jedinci vyhledávají nové citové vztahy či vazby, a to nejčastěji u svých vrstevníků. Pro toto období je rovněž typické hledání své vlastní identity.

Vztahy ke svým rodičům či dalším autoritám se zcela liší od vztahu k vrstevníkům. V případě rodiny se jedná spíše o „zrovnoprávnění vlastní pozice“, přičemž ve vztahu k vrstevníkům jde především o vlastní „zhodnocení“. (Macek, 2003, s. 53) Vágnerová (2012b, s. 395) zmiňuje, že období dospívání bývá spjaté s experimentováním a s různými mezilidskými vztahy. Může se projevat především změnou jeho vztahu k autoritám, jako jsou rodiče nebo učitelé. Často dochází k tomu, že adolescent je k nim kritický a nepodřizuje se jejich požadavkům a názorům, ale přemýšlí o nich a diskutuje. Langmeier & Krejčířová (2006, s. 153) hovoří o tom, že každé dítě si později hledá svůj vlastní způsob, jak se osamostatnit, aniž by ztrácelo pozitivní vztah se svými rodiči.

Dle Vágnerové (2012b, s. 395) změny sociálního postavení v období rané adolescence ovlivňují dva důležité mezníky, a to především ukončení povinné školní docházky a poté volba dalšího profesního směřování. K mezníkům řadíme i získání občanského průkazu, který adolescenti získají v 15 letech. Vágnerová píše, že se tak posune jeho postavení na vyšší úroveň.

V tomto vývojovém období rovněž začíná doba prvních partnerských vztahů, kdy většina dospívajících má jistou představu o partnerském vztahu, o jeho podobě a délce trvání či o věku, kdy zahájit první schůzky. Někteří mohou pociťovat obavy a nejistotu, na jedince je pak vyvíjen tlak ze strany vrstevníků, kteří již mají nějaký partnerský vztah (Neužilová Michalčáková, 2007, s. 45).

2 Depresivita a deprese

Nejprve je nutné vysvětlit rozdíl mezi depresivitou a depresí. O depresivitě hovoří Petersen et al. (1993, s. 156) jako o depresivní náladě. Depresivitu tedy lze chápat podle Petersena jako jeden ze symptomů deprese. Projevuje se aktuálním rozladěním v náladě, konkrétně zahrnuje pocity smutku a neštěstí. Tato období depresivní nálady mohou mít buď krátký či delší průběh. Smutná depresivní nálada je často provázána negativními emocemi, jako je třeba strach, pocit viny, nechutenství.

Depresivní nálada může být také spojena s dalšími problémy, jako je například úzkost. Depresivitu lze podle Křivohlavého (2013, s. 22) charakterizovat sklíčeností, skleslostí, beznadějností nebo snížením výkonnosti. Depresivita není pojímána jako klinická a diagnostická jednotka, ale jako určitá míra depresivních příznaků, které se běžně vyskytují v populaci a přítomnost těchto symptomů nevyžaduje psychiatrickou léčbu či hospitalizaci (Preiss et al., 2010, s. 357). Jinými slovy lze depresivitu popsat jako přechodný stav, kdy se u jedince vyskytují určité symptomy, které souvisejí s depresí, ale nejsou tak závažné a nevyskytují se tak často. Z tohoto důvodu nesplňují požadavky naplnění kritérií pro stanovení diagnózy deprese. Jedinci, u nichž se vyskytují depresivní syndromy, ale není u nich diagnostikována deprese, jsou velmi rizikovou skupinou, neboť jsou ovlivňováni mnoha negativními faktory, které mohou rozvinout psychické poruchy či jiné problémy. Petersen et al. (1993, s. 156) taktéž hovoří o depresivním syndromu, který je spojen již s více problémy. Zahrnuje úzkost, ale taktéž pocit samoty, plačtivost, strach dělat špatné věci, pocity nemilovanosti, bezcennosti, nervozity, rozpačitosti, smutku atd. (Petersona et al., 1993, s. 156).

V případě deprese se jedná o jasnou klinickou jednotku, která je buď jasně přítomna či nikoliv, je diagnostikována a nefiguruje zde žádný přechodný stav. Deprese je dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 definována jako psychická porucha a řadí se mezi afektivní poruchy neboli poruchy nálad. Následující kapitoly se tedy budou zaměřovat na problematiku deprese.

Odborníkům dlouho trvalo, než se jim podařilo depresi v dětství zařadit do učebnic psychiatrie a posléze do MKN-10. Neboť všeobecné mínění dospělých o tom, že děti jsou šťastné a nemají starosti a problémy, je dávno vyvráceno (Hort et al., 2008, s. 189).

2.1 Definice deprese a její klasifikace

Depresi Praško a Prašková (2003, s. 26) popisují tak, že se nejedná se pouze o špatnou náladu, nýbrž o nemoc celého organismu. Nejde v žádném případě pouze o nedostatek vůle nebo sebekázně. Depresi pomocí vůle překonat nelze, protože samotná vůle je oslabená. Praško a Prašková pokládají depresi za nemoc, která je u většiny lidí léčitelná.

Slovo deprese pochází z latiny, ze slovesa *deprimo, deprimere, depressi, depressus* – stlačit. Význam slova deprese v současné době vyjadřuje: stisknout, stlačit, snížit (např. výkon, míru energie, náladu atd.) Taktéž to znamená i sklíčit, deprimovat, oslabit (např. aktivitu, fyzickou – tělesnou sílu). Samotná deprese pak znamená: pokles, stísněnost, sklíčenost, krize, stagnace (ustrnutí), ochablost, otupělost, lhostejnost atp. (Křivohlavý, 2003, s. 22). V defektologickém slovníku je deprese charakterizována jako „*široký symptomový komplex, afektivní stav obecně charakterizovaný pocitem skleslosti, úzkosti, smutku, obav, strachu, snížením životního tempa, zpomalením myšlení*“. (Sovák a kol., 2000, s. 63–64).

Lidé, kteří si zažili opravdu hlubokou depresi, ji popisují bolest, která překoná i to nejtěžší fyzické utrpení. Deprese není charakteristická pouze tím, že se člověk cítí smutný, ale smutek je doprovázen velkou tenzí, bolestivým sevřením, únavou, neschopností několik dní vstát z postele a dodržovat základní hygienické návyky atp. (Probstová a Pěč, 2014, s. 76). Často také můžeme slyšet někoho říkat, že má „depku“ nebo depresi, aniž by věděl, co tato nemoc skutečně představuje. Každý z nás zažívá pocity smutku, u některých jedinců se však smutek může prohloubit v depresi. „*Každý smutek tedy nepředstavuje depresi, protože lidé někdy mluví o tom, že mají „depku“. Tento pojem však zachycuje spíše to, že jsou nespokojeni se svým životem.*“ (Praško a Prašková, 2003, s. 27).

Klasifikace deprese

Depresi u adolescentů řadíme dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 do afektivních poruch (poruchy nálady). Základní afektivní poruchy jsou kódované rozmezím F30 – F39. Depresivní poruchy jsou řazeny v rozmezí F32 – F34 (Hort et al., 2008, s. 203).

F32 Depresivní fáze: (ÚZIS, 2020, online)

- F32.0 Lehká depresivní fáze
- F32.1 Středně těžká depresivní fáze
- F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků
- F32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky
- F32.8 Jiné depresivní fáze
- F32.9 Depresivní fáze NS
- F33.0 Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká
- F33.1 Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká
- F33.2 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických symptomů
- F33.3 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky
- F33.4 Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi
- F33.8 Jiné periodické depresivní poruchy
- F33.9 Periodická depresivní porucha NS

„Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání i somatické funkce. Jejím důsledkem jsou adaptační poruchy a sociální selhávání.“ (Vágnerová, 2012a, s. 369).

2.2 Deprese v adolescenci

V období dospívání se často objevují chvíle, kdy se jedinci cítí bídně, převažují u nich pocity podráždění, ztráta zájmů, změny nálad atp. Dle Říčana a kol. (2006, s. 235) je také v tomto období velmi typické i slabé sebehodnocení. Dále autoři zmiňují, že pro adolescenty jsou charakteristické poruchy nálady, snížená energie, únava, tendence k izolaci.

Tyto nálady trvají u mladých jedinců několik hodin či dní a objevují se především bez zjevné příčiny. V případě, že dospívající jedinec trpí déle než dva týdny intenzivními pocity skleslosti, které snižují jeho běžné fungování v práci či ve škole, v mezilidských vztazích a v dalších jiných oblastech života, je velmi pravděpodobné, že trpí depresí. Deprese znamená mnohem více než smutek, je to vytrvalá beznaděj, která způsobí,

že dospívající jedinec ztratí zájem o většinu svých zájmů, a někdy si dokonce přeje zemřít. Pro dospívajícího jedince jsou stresové situace naprosto nesnesitelné a často se tak adolescent snaží předstírat, že se nic neděje. Pokud dospívající trpí depresí, může se uchýlit k užívání návykových látek. Výsledkem pak může být závislost na návykových látkách, problémy ve škole nebo konflikty se zákonem (Carr-Gregg, 2012, s. 40).

Hort et. al (2008, s. 199) uvádí základní symptomy, které se projevují u adolescentů při depresivním syndromu. Těmito symptomy jsou: „*ztráta zájmů, ztráta komunikace, sociální stažení až sociální fobie, kognitivní zhoršení, selhávání ve škole, únava, zvýšená spavost, změny hmotnosti, prudké kolísání nálad, nuda, anhedonie, beznaděj, zoufalství, vitální smutek, zvýšená iritabilita, impulzivita, sebevražedné pokusy (tentamen suicidii – TS) nebo zneužívání návykových látek*“. Mezi další typické symptomy Goetz (2005, s. 272) řadí hluboké pocity viny, výraznou ztrátu potěšení a v případě nálady se objevuje horší stav ráno. Můžeme taktéž upozorovat znuřenost, pasivitu, která se může projevovat sledováním televize nebo hraním počítačových her nebo zaspáváním přebytečného času. Goetz rovněž uvádí, že u adolescentů trpící depresí je častější nadměrné užívání drog. „*Pro depresivní dospívající je typické „rychlé střídání apatie a lhostejnosti s mnohomluvností a překotným navazováním nových kontaktů bez adekvátní citové vazby. Pocity smutku, stísněnosti, bezmocnosti, bezvýchodnosti jsou spojovány s hostilitou a pseudofilozofováním, s úzkostným sebesledováním, hypochondrickými obavami, častými stesky na tělesné obtíže a únavu*“ (Hort et al., 2008, s. 199).

Deprese u adolescentů má hodně společného s depresí dospělých. V případě adolescentů se na rozdíl od dospělých objevují častěji pocity nudy, předrážděnost, histrionské a riskantní chování, anxieta spojená s nadměrnou konzumací alkoholu či drog. Kvůli vlastní nedostatečnosti se objevují pocity viny. V případě dospělých to jsou pocity viny „pro sebe“, u adolescentů „skrze rodiče“ – jejich trápení a starosti. Mnohdy se u adolescentů vyskytuje tzv. tichá rezignace, projevující se zasněností, izolací a náladovými rozlady. Jak již bylo zmíněno výše, častější jsou i pokusy o sebevraždu. Zejména v případech, kdy se objevují pocity viny, beznaděje a bezvýchodnosti při řešení různých situacích a jsou doprovázeny zvýšenou impulzivitou. Někteří dospívající nejsou schopni adekvátně zvládat stres, který vede k antisociální aktivitě, a ta k prohloubení deprese. Vzniká tak „začarovaný kruh“, kde dospívající jedinec vidí sebevraždu jako jediné možné řešení (Hort et al., 2008, s. 199).

2.3 Epidemiologie deprese

Dle Světové zdravotnické organizace WHO (WHO, 2020, online) lze uvést, že deprese trpí celosvětově více než 264 milionů lidí. Pokud se zaměříme na výskyt deprese u adolescentů, prevalence depresivní poruchy se pohybuje mezi 0,4 – 8,3 %. Deprese se vyskytuje u 1–8 % dětí a adolescentů. S tím souvisí také riziko sebevraždy, které je u nezletilých adolescentů až dvacetkrát vyšší než v běžné populaci (Hort et al., 2008, s. 190). Světová zdravotnická organizace WHO (WHO, 2020, online) píše, že sebevražda je druhou hlavní příčinou úmrtí u 15–29letých osob.

Řada autorů (např. Carr-Greg, 2012, Krch a Csémy, 2006, Paclt, 2001, Čermák, Klimusová, & Vízdalová, 2005) se shoduje v tom, že v období adolescence se deprese vyskytuje častěji u dívek než u chlapců. Světová zdravotnická organizace WHO (WHO, 2020, online) taktéž píše, že ženy podléhají depresi více než muži. Carr-Greg (2012, s. 50) zmiňuje, že příčina není přesně známá, nicméně se předpokládá, že zde velkou roli hrají ženské hormony, psychické změny, které jsou nedílnou součástí puberty a změny sociálních rolí. Hort et al. (2008, s. 190) uvádí, že poměr depresivní poruchy u depresivních adolescentů ve věku 14–16 let se vyskytuje u chlapců k dívkám v poměru 1:5, později 2:5. U depresivních adolescentů, kteří podstupují psychiatrickou péči je prevalence až sedmkrát vyšší než v běžné populaci.

2.4 Etiologie deprese

Vznik deprese závisí na různých příčinách a nikdy nelze přesně určit jednu konkrétní příčinu, která by vedla k vysvětlení dané depresivní poruchy. Dle Praška a kol. (2010, s. 47) depresivní poruchy nejsou způsobené pouze jednou příčinou, ale jde o kombinaci více faktorů a působení několika příčin. Takové příčiny mohou být buď vrozené, zděděné, způsobeny vlivy prostředí, životosprávou, životními událostmi či sociálním prostředím. Jedná se tedy o onemocnění s multikauzální etiologií, podle Probstové a Pěče (2014, s. 77) hovoříme o multifaktoriálním modelu, jenž zahrnuje biologické, psychické a sociální faktory a vlivy.

Hort et al. (2008, s. 190) zmiňují, že u vzniku afektivní poruchy hrají velkou roli genetické a zevní faktory. Mezi takové rizikové faktory vzniku deprese taktéž autoři řadí rodinnou patologii, trauma z dětství, vyčerpání, negativní životní události, roční období atd. Dále uvádějí, že velkou roli hrají genetické, biologické, psychosociální faktory, včetně stresujících životních událostí.

Velký vliv na rozvoj deprese může mít dle Praška a kol. (2010, s. 48) ztráta důležité osoby v dětství, úmrtí blízké osoby nebo rozchod rodičů. Předčasné oddělení od matky, nadměrná kritická výchova, nedostatečná péče o dítě či naopak rozmazlování dítěte taktéž negativně působí na rozvoj deprese. Dále Praško a kol. (2010, s. 49) zmiňují vliv zátěžových životních událostí, které můžeme rovněž považovat za jeden ze spouštěčů deprese. Za zátěžové situace označujeme takové, které vedou ať už ke ztrátě partnera, změně role (změna zaměstnání, školy či očekáváme příchod dítěte do rodiny), ztrátě důležité role (odchod dospělých dětí z rodiny), ztrátě důležitosti (odchod do důchodu) atd. Důležité je také působení psychických vlivů. Někteří lidé mají větší sklony k nízkému sebevědomí, nahlížení na sebe či okolí a budoucnost pesimistickým pohledem a mohou být tak více náchylní k depresi. Praško a kol. (2010, s. 53) uvádí, že lidé náchylní k depresím bývají málo asertivní, což se projevuje především v situacích, kdy tito jedinci nejsou schopni říci ne, něco odmítnou nebo špatně snášejí kritiku. Nadměrné užívání alkoholu, léků, drog či jiných návykových látek může vznik deprese taktéž značně ovlivnit. Jako poslední možnou příčinou deprese Praško uvádí problémy v mezilidských vztazích. K těmto konfliktům může docházet v rodině, ať už mezi partnery nebo mezi rodiči a dětmi. Nejčastěji se však dle Praška a kol. (2010, s. 53–54) deprese rozvíjí v následujících mezilidských situacích: zármutek po ztrátě blízké osoby, při neshodách či problémech ve vztazích v rodině, změna role či nedostatkem vztahů. (Praško a kol., 2010, s. 48–55). Všechny tyto faktory či vlivy životních událostí mohou jedince značně ovlivnit a mohou být spouštěčem deprese.

Existuje několik teoretických modelů deprese, které se snaží vysvětlit a pochopit depresi. Hort et. al (2008, s. 190) uvádějí následující modely: analytický, behaviorální, model naučené bezmocnosti, kognitivní, stresový, sociologický, genetický, biochemický a neuroanatomický. Těchto modelů existuje celá řada, nicméně všichni autoři se shodují, že se jedná o multifaktoriálně podmíněné onemocnění, na kterém se podílejí vnitřní faktory i vnější události a okolí (Probstová a Pěč, 2014, s. 66).

2.5 Příznaky deprese

Existuje mnoho příznaků, které mohou poukazovat na vznik deprese a které se u každého jedince se projevují zcela odlišně. Praško a kol. (2010, s. 14) považují za hlavní příznak deprese poruchu nálady. Zasaženo je rovněž myšlení, chování i tělesné fungování. Obecně lidé trpící depresí prožívají pocity ztráty energie a cítí únavu, tíhu, malátnost a vyčerpanost. Jako další typické příznaky Praško a kol. (2010, s. 14–17) uvádějí poruchu nálady, mezi které řadí smutek, vymizení radosti, úzkost, strach, pocit ztráty, vztek na sebe, nerozhodnost, bezmoc a beznaděj, podrážděnost a plačtivost. Dále autoři uvádějí depresivní myšlenky jako příznak deprese. Jedná se o automatické myšlenky, které člověku přichází na mysl a on nad nimi dále nehlobá (Praško a kol. (2010, s. 17).

Carr-Greg vymezuje následující symptomy, při kterých by měli rodiče zpozornět, pokud se některé z nich objevují u jejich dítěte (Carr-Gregg, 2012, s. 47–48):

- *Zanedbávání školní docházky a vyhýbání se kamarádům (např. nezvedání telefonů).*
- *Zhoršení školního prospěchu.*
- *Zvýšená podrážděnost, vztek nebo nepřátelské chování.*
- *Nerozhodnost.*
- *Nedostatek energie a motivace.*
- *Přejídání nebo ztráta chuti k jídlu.*
- *Poruchy spánku (nеспavost nebo nadměrná spavost).*
- *Neklid, agitace, destruktivní chování, nadměrná aktivita.*
- *Zvýšená citlivost vůči neúspěchu nebo odmítnutí.*
- *Potřeba být potrestán.*
- *Bezmoc plynoucí z přesvědčení, že se svými pocity nemůže nic dělat.*
- *Stěžuje si na bolest hlavy nebo břicha na únavu či na růstové bolesti.*
- *Dlouhotrvající smutek a záchvaty pláče.*
- *Chmurné a temné myšlenky. Hovoří (přímo nebo nepřímě) o tom, že si připadá zbytečný, je sebekritický, svou budoucnost vidí pesimisticky nebo nemá chuť dál žít.*
- *Záměrné sebepoškozování.*
- *Nepřiměřené riskování (např. nevhodné sexuální kontakty, nepozornost při řízení vozidla).*

- *Zneužívání drog a alkoholu.*
- *Netypické chování, jako například krádeže nebo šikanování druhých.*

Mezi klinické příznaky deprese v adolescenci řadí Hort et al. (2008, s. 194) výrazné kolísání nálady během dne, anhedonii, beznaděj, bludy, kolísání, útlum až psychomotorická agitace, hypersomnie, alkohol, drogy v depresivní epizodě.

Krch a Csémy (2006) na základě svého výzkumu tvrdí, že příznaky deprese se objevují více u dívek než u chlapců, přičemž chlapci si stěžovali především na poruchy soustředění a u dívek se vyskytoval celkový pocit skleslosti a pocity smutku. Příznaky, které se objevovaly jak u chlapců, tak i u děvčat autoři uvedli nechutenství, poruchy soustředění, apatii a abulii. Dotazovaní adolescenti často uváděli, že prožívali závažné depresivní příznaky, v podobě ztráty chuti žít, sebevražedných myšlenek nebo pokusu o sebevraždu. Dudová (2007, s. 30) tvrdí, že deprese u adolescentů má mnoho společného s depresí dospělých. Za shodné příznaky můžeme uvést ztrátu zájmů a společenských aktivit, poruchy spánku, změny chuti k jídlu nebo i změnu hmotnosti, pocit nudy a beznaděje, sebevražedné myšlenky i pokusy. Nálada nemusí být vždy depresivní, ale pouze podrážděná. Avšak za shodné příznaky pro všechny věkové skupiny můžeme uvést například časté depresivní nálady, poruchy soustředění, nespavost, ztrátu energie, pocity méněcennosti či viny a myšlenky na sebevraždu (Dudová, 2007, s. 29).

2.6 Komorbidita deprese

Deprese může být vnímána jako komorbiditní porucha, která je u depresivních poruch u dětí a dospívajících poměrně častá. Těm adolescentům, kterým byla diagnostikována deprese, je ve většině případů současně určena nejméně jedna další diagnóza. Depresivní poruchy tak souvisejí s ostatními psychickými poruchami a nejčastěji se vyskytují následující komorbiditní poruchy: poruchy příjmu potravy, zneužívání drog, poruchy chování, úzkostné poruchy (Čermák, Klimusová, & Vízdalová, 2005). Deprese a úzkost bývá považována za nejčastější poruchy u ostatních diagnóz.

„Deprese jako komorbiditní porucha je popisována u: úzkostných stavů (F41), obsedantně-kompulzivní poruchy (F42), poruchy přizpůsobení (F43), somatoformní poruchy (F45), mentální anorexie (F50), hyperkinetické poruchy pozornosti (F90), poruchy chování (F91), dystimie (F43.1) a schizofrenie (F20).“ (Hort et al., 2008, s. 204–205).

Paclt (2001, s. 213) se domnívá, že třetina chlapců trpí zároveň i poruchami chování, polovina dětí a adolescentů, kteří trpí depresí, spadají taktéž i pod jiné diagnózy. Nejčtenější přidružené diagnózy dle Čermáka, Klimusové a Vízdalové (2005) jsou úzkostná porucha, ADHD a poruchy příjmu potravy. Večeřová-Procházková (2007, s. 80) uvádí, že až 79 % pacientů s depresí trpí zároveň jednou nebo více komorbiditní úzkostnou poruchou. Jedná se především o úzkostné poruchy (57 %), alkoholismus (25 %) a poruchy osobnosti (44 %). Dále zmiňuje, že ti pacienti, u kterých se vyskytuje komorbidita deprese a úzkostné poruchy, vykazují snížení sociální fungování, vyšší sebevražednost, více času tráví mimo zaměstnání či v pracovní neschopnosti a vyskytuje se u nich dřívější onemocnění vzhledem k věku. Raboch et al. (2015, s. 177) zmiňují další duševní poruchy, které se vyskytují společně s depresivní poruchou. Mimo již zmiňované diagnózy Raboch et al. (2015, s. 177) ještě doplňují o panickou poruchu, obsedantně-kompulzivní poruchu, konkrétní poruchy příjmu potravy – mentální anorexii, mentální bulimii a hraniční poruchu osobnosti. „*Komorbidita poruch chování a impulzivity zvyšuje riziko suicidálního chování v tomto věku, které je u depresivních jedinců vždy vysoké.*“ (Paclt, 2001, s. 215).

Orchard, Pass, Marshall, & Reynolds (2017) prováděli výzkum zabývající se depresí u adolescentů. Ve své studii zjistili, že ze 100 respondentů se u 54 % dospívajících trpících depresí objevuje taktéž jedna nebo více přidružených diagnóz. Nejvíce se vyskytovaly diagnózy: sociální úzkost, generalizovanou úzkostnou poruchou, objevila se také panická porucha a u jednoho respondenta specifická fobie. Goetz (2005, s. 271) rovněž uvádí, že u depresivních dětí byla zjištěna až 50 % psychiatrická komorbidita a nejčastěji se jednalo o nějakou formu úzkostné poruchy. „*V klinických i průřezových studiích dětí a adolescentů byla u depresivních pacientů zjištěna 40–70 % psychiatrická komorbidita.*“ Goetz (2005, s. 272).

2.7 Diagnostika

Před postupem léčby deprese je nejprve nutné určit včasnou a správnou diagnózu, kterou stanovuje psychiatrické vyšetření. Ve většině případů adolescent sám nevyhledá odbornou pomoc, proto je nutné kontaktovat odborníka nebo adolescenta k němu dovést. Čím dříve se deprese začne léčit, tím lepší bude dosažený výsledek.

Při určování diagnózy adolescentů se objevuje problém v podobě diferenciální diagnózy. U adolescentů je nutné odlišit, zda se jedná pouze o změnu nálad, podrážděnost,

celkový nezáměr nebo se jedná o depresi. Mnohé příznaky mohou být podobné či shodné s jinými nemocemi, s čímž souvisí již zmiňovaná komorbidita deprese s dalšími poruchami. Dle Horta et al. (2008, s. 205) je při určování diagnózy důležité rozlišit, zda se jedná o afektivní poruchu, organickou bipolární nebo manickou či depresivní poruchu. Druhé podstatné rozlišení tkví v rozlišení smutku a zármutku oproti reaktivní depresi a depresivního syndromu v rámci velké deprese.

Určování diagnózy u adolescentů je mnohem obtížnější než u dospělých. U dospívajících se často může objevovat několik symptomů, proto je nutné nejprve identifikovat všechny. Dále je důležité odhalit případné komorbiditní poruchy a faktory, které mohou přispět k depresi nebo negativně ovlivňovat její prognózu. Rizikové faktory mohou být následující: dlouhodobý stres, ztráta blízké osoby, rozchod, chronické onemocnění, poruchy učení a pozornosti, zneužívání nebo zanedbávání a traumatické události. Pro zhodnocení stavu pacienta je proto důležité získat co nejvíce informací. Informace můžeme získat díky pohovoru s rodiči, samostatnému pohovoru s pacientem, somatickému vyšetření nebo zjištěním informací ze školy (Goetz, 2005, online). Diagnostiky se tedy nezúčastní pouze pacient, ale také jeho rodiče a další osoby, které mohou doplnit další informace. Takovými osobami mohou být například trenéři, kamarádi, rodiče, vedoucí zájmových kroužků nebo zaměstnanci školy apod.

Při diagnostice je také důležité pozorování pacienta. Pro diagnostiku u adolescentů se nejčastěji používají kvantitativní diagnostické nástroje a sebesuzovací a posuzovací škály, strukturované rozhovory či projektivní metody. Mezi sebesuzovací škály pro hodnocení projevů deprese u dětí a adolescentů řadíme Sebesuzovací škálu depresivity pro děti (Children's Depression Inventory – CDI), která byla použita i k výzkumnému šetření v této práci. Dotazník byl sestaven Marií Kovacs v roce 1977 a vychází z Beckovy sebesuzovací škály depresivity. Dotazník obsahuje 27 položek, v nichž dítě hodnotí samo sebe. Tato sebesuzovací škála je v České republice asi jedna z nejvíce používaných dotazníků pro měření dětské a adolescentní depresivity. Další z nejvíce používaných sebesuzovacích škál je již zmiňovaná Beckova sebesuzovací škála depresivity (BDI – Beck Depression Inventory), která obsahuje 13 položek a je určena pro obecnou populaci a pro pacienty s těžkou depresí (Koutek a Kocourková, 2007, s. 86–87).

K posuzovacím škálám můžeme zařadit Hamiltonovu stupnici pro posuzování deprese (HAMD), Stupnici Montgomeryho a Asbergové pro posuzování deprese (MADRS). Mezi projektivní metody můžeme zařadit Rorschachův test nebo Kresební projektivní metody (Koutek a Kocourková, 2007, s. 86–87). Existuje ještě několik dalších škál pro měření depresivity u dětí a adolescentů, nicméně zde byly uvedeny ty nejvíce používané.

2.8 Léčba

Co se týče léčby, depresi lze léčit několika různými způsoby. Mezi nejčastěji používané způsoby patří léčba pomocí antidepresiv nebo prostřednictvím psychologických prostředků, například pomocí psychoterapie. Intenzita deprese hraje velkou roli při rozhodování vhodného léčebného postupu.

Většina pedopsychiatrů zastává názor, že by se depresivní projevy u dětí měly léčit jak psychoterapeuticky, tak farmakoterapeuticky (Hort et al., 2008, s. 206). Praško a kol. (2010, s. 58) taktéž ve shodě s Hortem uvádí, že pro mírnou depresi je léčba pomocí antidepresiv dostačující, avšak od středně těžké deprese je vhodné kombinovat léčbu pomocí antidepresiv a psychoterapie. Pro úspěšnou léčbu deprese jsou důležité čtyři základní složky: psychoedukace, individuální psychoterapie, rodinná intervence a farmakoterapie (Goetz, 2005).

Terapie je složena z léčby aktuálního stavu, poté navazuje léčba stabilizační a jako poslední následuje léčba udržovací (Hort et al., 2008, s. 206). Cílem akutní léčby dle Praška a Praškové (2003, s. 79) je zmírnit a odstranit depresivní příznaky. Léčba v této první etapě většinou trvá přibližně kolem tří měsíců, může být však kratší či delší. Po odeznění akutní epizody následuje udržovací léčba, která směřuje k tomu, udržet dosažené zlepšení na dobu 6–9 měsíců. Poslední etapou Praško a Prašková zmiňují profylaktickou léčbu, která pokračuje i po ukončení udržovací léčby, trvá více let, někdy je na celý život. Převládá u pacientů, kteří prožívají opakované epizody deprese, bipolární poruchu či dystymii.

U každého dítěte či adolescenta se musí stanovit individuální terapeutický plán. Při vypracování terapeutického plánu pro dítě je důležité zvážit následující proměnné skutečnosti (Hort et al., 2008, s. 206):

1. věk jedince a vývojové období, ve kterém se nachází

2. úroveň kognitivních schopností a sociálních dovedností
3. příznaky, které brzdí jeho další vývoj (př. úzkost, suicidální myšlenky)
4. typ deprese
5. motivace a možnost rodiny se podílet na léčbě

Psychoterapie

Psychoterapii provádí především psychoterapeut, ale může ji provádět i psychiatr či psycholog, který je vzdělaný v oblasti psychoterapie. Praško a kol. (2010, s. 63) popisují psychoterapeuta jako odborníka, který je schopný empatie a má mnoho zkušeností, je lidským průvodcem, který umožňuje klientovi uklidnit se a také postupně porozumět souvislostem. „*Může vám pomoci přijít na způsoby, jak překonávat účinněji příznaky nemoci a jak se stavět ke každodenním problémům. Pod jeho vedením a s vlastním úsilím máte dobrou šanci se cítit lépe.*“ (Praško a kol., 2010, s. 63).

Praško a kol. (2010, s. 63) o psychoterapii píše, že pomáhá jedinci, aby hlouběji porozuměl, co se s ním v době deprese děje, učí ho zacházet s příznaky a problémy v životě. Psychoterapie také poskytuje jedinci tzv. ochraňující prostor, který mu umožňuje se otevřeně projevit a vyjádřit problémy, které ho trápí. Psychoterapie je považována za velmi účinnou metodu léčby deprese.

Existuje několik druhů psychoterapie. Praško a kol. (2010, s. 64–67) vymezují psychoterapii na: podpůrnou, individuální dynamickou, skupinovou, interpersonální, kognitivně behaviorální a fototerapii atd.

Podpůrnou psychoterapii může provádět kterýkoliv lékař, včetně praktického. Takovou pomocí se rozumí zorientování se v aktuálních problémech a ve zdravotním stavu, podpora pacienta při rozhodování a další běžné součásti vztahu lékař – pacient (Janů a Racková, 2007). Při mírné depresi u dětí a adolescentů se doporučuje podpůrná psychoterapie, která trvá 2–3 měsíce až do odeznění příznaků. Pokud se léčba projeví jako neúspěšná do doby 2–3 měsíců, přejde se na postup, který je platný pro léčbu středně těžké až těžké deprese. Pro léčbu středně těžké až těžké deprese je doporučena psychoterapie v kombinaci s farmakologickou léčbou (Drtílková a Dudová, 2014).

Jako neúčinnější dva typy psychoterapie Moreland a Bonin (2019, online) považují kognitivní behaviorální terapii a interpersonální psychoterapii. Cílem kognitivní behaviorální terapie je dopomoci dítěti či dospívajícímu k identifikování a změně myšlenek a chování přispívajícího k depresi či negativním pocitům. Carr-Gregg (2012, s. 70) doplňuje, že součástí každého terapeutického sezení je rozhovor, diskuse a nácvik dovedností. Mezi jednotlivými sezeními musí klient občas splnit nějaký „domácí úkol“, jehož hlavním cílem je nácvik určité techniky.

Interpersonální psychoterapie se zaměřuje především na identifikaci a zlepšení problémů, se kterými se potýkají dospívající jedinci s jinými lidmi (rodina, přátelé či změny v životních situacích). Interpersonální terapie je speciálně přizpůsobena tak, aby řešila problémy dospívajících (Moreland a Bonin, 2019, online). Cílem interpersonální psychoterapie je naučit dospívající lepší komunikaci s druhými. Zaměřuje se tedy především na zkoumání vztahů klienta k ostatním.

Antidepresiva

Druhů antidepresiv existuje celá řada a správný výběr antidepresiv vždy určuje lékař. Podávají se zpravidla u středně těžkých až těžkých depresí, kdy už nestačí pouze léčba psychoterapií. „*Antidepresiva upravují aktivitu neuromodulátorů serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. Pomáhají tedy vytvořit neurohormonální rovnováhu na těch neuronech v mozku, kde je v depresi nedostatek působků.*“ (Praško a Prašková, 2003, s. 80). Je třeba počítat s určitou prodlevou 2–3 týdnů, než začnou antidepresiva působit. Antidepresiva se musí užívat po první epizodě rok, alespoň 6–12 měsíců poté, co se pacient cítí zcela dobře (Janů a Racková, 2007, s. 25). I po odeznění depresivní nálady je důležité antidepresiva užívat minimálně ještě půl roku až 9 měsíců po odeznění deprese, jestliže se jedná o první epizodu v životě. V případě druhé epizody by se antidepresiva měly užívat dva roky (Praško a kol., 2010, s. 58). Pro úspěšnou léčbu deprese je proto nutné vytrvat a antidepresiva stále užívat i přesto, že se už jedinec cítí dobře. Při léčbě adolescentů je třeba vzít v úvahu míru závažnosti symptomů deprese, preference pacienta, případně rodičů pacienta, vývojovou úroveň, související rizikové faktory a taktéž dostupnost medicínských služeb.

Nejvíce používanými a vhodnými antidepresivy pro děti a adolescenty jsou uváděny SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. Jsou často první volbou, neboť jsou považovány za nejméně rizikové. V prvních 4 týdnech léčby pomoci

SSRI antidepressivem, by se měl pacient kontrolovat jednou za týden a v dalších osmi týdnech každý druhý týden (Goetz, 2005, s. 273). Moreland a Bonin (2019, online) uvádějí, že mezi SSRI patří fluoxetin (Prozac), citalopram (Celexa), escitalopram (Lexapro), fluvoxamin (Luvox), paroxetin (Paxil) a setralin (Zoloft). V doporučovaných postupech léčby je na prvním místě fluoxetin. Fluoxetin prokázal významné zlepšení depresivních příznaků a byl prvním antidepressivem, který byl schválen pro léčbu deprese u dětí od osmi let a adolescentů (Drtílková a Dudová, 2014).

Samozřejmě se mohou při užívání antidepressiv objevovat i možné nežádoucí účinky, které jsou dle Dudové (2007, s. 30) v případě SSRI antidepressiv zcela minimální a jsou bezpečné i při předávkování. Mezi nežádoucí účinky dle Praška a kol. (2010, s. 60) lze zařadit zvýšení hladiny energie, především v prvním týdnu, což se může projevit zvýšeným neklidem a nespavostí. Ve většině případů tento efekt odezní do deseti dnů. Dalším vedlejším účinkem, jak autoři uvádějí, jsou pocity na zvracení, žaludeční potíže, které taktéž postupem času odezní. U některých pacientů může dojít i ke snížení zájmu o sexualitu (Praško a kol., 2010, s. 60).

3 Rizikové faktory přispívající ke vzniku deprese

Objevuje se spousta faktorů či okolností, které mohou do určité míry ovlivnit vznik deprese. U každého jedince mohou být zcela individuální a někdy ani není možné určit, co přesně depresi zapříčinilo. Spouštěčem deprese může být celá řada podnětů – stres, ztráta blízké osoby, ztráta zaměstnání, nečekané tragické události, vyčerpání organismu, omezené sociální fungování, sociální izolace, užívání návykových látek atd. Ke vzniku deprese tedy přispívají genetické, osobnostní, sociální faktory a nečekané, stresující životní situace.

„Podle dnešních představ nejsou depresivní poruchy způsobené jedinou příčinou, ale spíše společným působením řady dílčích příčin. Některé z nich jsou vrozené, zděděné, jiné jsou způsobeny vlivy prostředí, v němž nemocný žije, životospřávou, kterou si zvolil, událostmi, které prožil, a sociálním prostředím, ve kterém se pohybuje.“ (Praško a kol., 2010, s. 47). Praško zmiňuje některé příčiny, především faktor dědičnosti, vliv výchovy, vliv životních událostí, biochemické pochody v mozku, psychologické vlivy, návykové látky a problémy v mezilidských vztazích (Praško a kol., 2010, s. 47–54).

Carr-Gregg (2012, s. 48) uvádí některé faktory, které mohou u dospívajícího jedince způsobit rozvoj deprese:

- problémy ve škole (školní zátěž, šikana či kyberšikana, nezapadnutí do kolektivu)
- smutek ze smrti některého z rodičů, sourozence nebo blízkého kamaráda
- konflikty v rodině, domácí násilí
- rozchod s partnerem
- rozvod rodičů
- zneužívání drog či alkoholu
- dlouhodobá nemoc nebo úraz

Dánští vědci z VU University Medical Center tvrdí, že rizikové faktory deprese se mění s věkem. Ve své studii zkoumali, jaké rizikové faktory se objevují a ovlivňují osoby v různých životních stádiích. Výzkumný dánský tým stanovil 19 různých známých rizikových faktorů v různých věkových skupinách. Poté porovnávali osoby, které již trpěli depresí a které depresí nikdy netrpěli. Ve výzkumu vědci zjistili, že vyšší sklony k depresi mají ty osoby, u kterých se projeví nečekané faktory vzhledem k jejich věku než u osob, v jejichž věkové skupině byly dané faktory obvyklé. *„Vědci upozornili na*

potřebu sledovat mladší osoby, které trpí nemocí nebo osamělostí, neboť je vzhledem k neobvyklosti v této životní etapě může zaskočit, a tak nemají schopnosti, jak se s nimi vypořádat.“ Hlavní autorka studie Roxanne Shaakxs dodala: „*Praktičtí lékaři by neměli předpokládat, že některé rizikové faktory pro vznik deprese jsou v určitém věku méně relevantní.*” (Rizikové faktory deprese s věkem mění – Tevapoint, 2017, online).

Světová zdravotnická organizace WHO (WHO, 2020, online) píše, že u lidí, kteří si prošli těžkými životními událostmi, jako je například nezaměstnanost, úmrtí či psychické trauma, se vyskytuje větší pravděpodobnost vzniku deprese.

3.1 Genetika a vliv rodiny

Vliv genetiky na vznik deprese je velmi diskutovaným tématem. Existuje určitý předpoklad, že genetika je jedna z mnohých příčin deprese a hraje u vzniku deprese velkou roli. „*Výzkumy odborníků zabývající se genetikou (naukou o dědičnosti) ukazují, že pravděpodobně existují určité charakteristiky genů, které mají jistou souvislost s depresí.*“ (Křivohlavý, 2003, s. 137). Dle Vágnerové (2012a, s. 371) není jednoznačný způsob, jakým genetické předpoklady ovlivňují vznik afektivních poruch.

Takovým příkladem genetické predispozice může být studie jednovaječných dvojčat. V případě, že se u jednoho z jednovaječných dvojčat objevila deprese, druhé dvojče se s ní potýkalo více než s 50% pravděpodobností (Kovařík, 2002, s. 61). Jak píše Vágnerová (2012a, s. 371), studie monozygotních dvojčat prokázaly až 80% shodu. V případě dizygotních dvojčat se deprese vyskytuje v 19 % (Hort et al., 2008, s. 192). Anders (2005, s. 51) uvádí, že u příbuzných osob, které trpí depresí je výskyt poruchy až 1,5–3krát vyšší než v celkové populaci. Dále píše, že v případě, že jeden z rodičů je postižen depresí, riziko výskytu u dítěte je 10–13%.

Za dědičností deprese stojí více genů, nicméně za jeden z nejhlavnějších je považován serotoninový gen. Lidé trpící depresí mají v mozku sníženou hladinu serotoninu, avšak díky antidepresivům lze hladinu serotoninu zvyšovat (Kovařík, 2002, s. 62). Je důležité zmínit, že pouze dědičnost pro vznik deprese nestačí. Dědí se pouze určitá vloha k onemocnění depresí neboli náchylnost k nemoci, nikoliv samotná nemoc (Praško a kol., 2010, s. 48).

Rodina

Samotná rodina může mít rovněž vliv na rozvoj deprese u adolescenta. Může se jednat o závadné rodinné prostředí, jež není pro dospívajícího jedince zcela ideální. Zejména u dospívajících osob je důležitá přítomnost obou rodičů. Pro dospívajícího jedince může být absence jednoho z rodičů či postrádání mužského či ženského vzoru v rodině velmi zdrcující. Rovněž se mohou v rodině vyskytovat různé problémy, například zanedbávání péče o dítě nebo nedostatečné rodinné pouto a vztahy mezi členy rodiny.

S genetickými faktory je taktéž spjat vliv rodinného prostředí. Zde jsou utvářeny emocionální vztahy a pro dítě a dospívajícího jedince je rodina velmi důležitá pro rozvoj jeho osobnosti. V případě, že se v rodině objeví nějaké problémy či konflikty, často se mohou odrazit i v osobním a sociálním životě dítěte či dospívajícího jedince (Krch a Csémy, 2006). Dále autoři tvrdí, že se depresivní příznaky jsou mezi adolescenty poměrně rozšířené. Mnoho životních okolností, situací a změn může na dospívající jedince působit depresivně. Krch a Csémy (2006) se rovněž ztotožňují s názorem, že rozvoj depresivních příznaků v dětství či dospívání může souviset s neúplnou rodinou. Může se jednat o rozchod rodičů nebo nepřítomnost jednoho z rodičů a tyto faktory jsou pro děti a dospívající velmi stresující. Neúplná rodina je považována za negativní faktor, který je spojen s disharmonickým vývojem osobnosti a sociální maladaptací. Praško a kol. (2010, s. 48) doplňuje další rizikové faktory: předčasné oddělení od matky, dále také vliv výchovy v rodině, která může být příliš kritická nebo tvrdá, nebo naopak rozmazlování či nedostatečná péče mohou souviset s rozvojem vzniku deprese.

„Mezi rizikové faktory pro vznik afektivní poruchy patří rodičovská psychopatologie, rodinné konfliktní prostředí, nedostatečné sociální dovednosti a způsoby zvládání stresu, chudé nebo žádné přátelské, vrstevnické vztahy.“ (Hort et al., 2008, s. 190). Paclt (2001) píše, že depresivní porucha u dětí a adolescentů souvisí nejen s depresivní patologií v rodině, ale obecně s rodinným prostředím.

3.2 Stres a zátěžové, nečekané životní situace

Stres nás ovlivňuje téměř každý den, kdy na nás působí spousta stresorů, jak už v osobním, tak pracovním životě. V důsledku nadměrného stresu se může rozvinout deprese. Avšak to neznamena, že samotný stres musí být nutně příčinou deprese. Zaleží také na tom, jak se každý jedinec dokáže se stresem vypořádat.

Mezi stresující situace můžeme zařadit: vyčerpání organismu, nemoc, konflikty, špatné mezilidské vztahy nebo vztahy s vrstevníky, problémy ve škole, zvládání zátěžových situací, šikana, rodinné problémy, krize atp. Paulík (2010, s. 50) píše, že tyto situace můžeme chápat jako samy o sobě stresové situace, nebo jako jejich podstatné zdroje. Koutek a Kocourková (2018, s. 13) upozorňují, že velkou roli při stresové situaci hrají schopnosti jedince zvládat stres a rovněž do jaké míry se případná zátěž projeví v depresivních příznacích.

Vážná nemoc samotného jedince či blízké osoby může vyvolat stres a depresivní stavy. Při diagnostikování jakékoliv nemoci převládá strach o sebe nebo o druhé a pocity bezmoci, nejistoty a obav. „*Vážná nemoc, ať už vlastní, nebo blízkých osob, spojená s bolestí a utrpením většinou představuje závažnou zátěžovou životní událost.*“ (Paulík, 2010, s. 63).

Konflikty v mezilidských vztazích, odehrávající se v prostředí rodiny nebo ve škole mohou mít na adolescenta rovněž značný dopad. Praško a kol. (2010, s. 53) zmiňují, že v rodinném prostředí se mohou vyskytovat konflikty mezi partnery, mezi rodiči nebo mezi dětmi. Praško a kol. dále definují čtyři mezilidské situace, ve kterých se deprese může rozvíjet. První z nich uvádí zármutek po blízké osobě, a to buď při ztrátě partnera, nebo jednoho z rodičů, či při ztrátě kamaráda. Jedná se o dlouhý a hluboký smutek a je potřeba si tímto procesem smutku projít a posléze si vytvořit nové zájmy nebo vztahy. Druhá typická mezilidská situace pramení z neshod či problémů ve vztazích. Dále Praško a kol. do problémů v mezilidských vztazích uvádějí změnu role, kdy u adolescentů dochází k vývojovým změnám, k důležitým událostem nebo k přechodu do další etapy životního cyklu. Poslední mezilidskou situací, ve které se deprese často rozvíjí, je nedostatek vztahů. Jedinec může cítit osaměle a deprese tak může být způsobena sociální izolací (Praško a kol., 2010, s. 54–55). Neúspěch ve škole, při zkouškách a konflikty mezi spolužáky mohou být také jako příčina deprese. Konflikty mezi spolužáky mohou vyústit v šikanu, která působí na jedincovo fyzické i psychické zdraví.

Na základě výzkumu Hankina a kol. z roku 2007 je patrné, že dívky a chlapci reagují odlišně na různé stresory. Autoři výzkumu uvádějí, že dívky jsou častěji vystavovány stresu než chlapci, a proto častěji trpí depresemi. Dívky jsou vystavovány více stresovým situacím, které jsou často způsobeny mezilidskými vztahy (vztahy s vrstevníky, v rodině či partnerské vztahy apod.) U chlapců převažuje především stres v podobě vlastních výkonů či problémů se sebou samým (Rašticová, 2009, s. 35).

Pro zvládání stresu a stresových situací je pro děti a adolescenty významná rodina a vztahy v ní. Fungující rodina je významným protektivním faktorem v případě působení některého ze stresorů, v případě těžkého onemocnění, nebo právě při šikaně ve škole. (Koutek a Kocourková, 2018, s. 13). Rovněž Rudolph (2002) dokládá svou studií, že u dospívajících jedinců, kteří vnímají svou matku jako oporu v obtížných situacích se deprese, úzkost či rizikové chování vyskytují v mnohem menší míře (Rašticová, 2009, s. 36).

Zátěžové a nečekané životní situace

Mezi zátěžové situace můžeme řadit změnu životní etapy či role, nečekanou ztrátu blízké osoby – úmrtí či rozvod atd. Jak píše Praško a kol., (2010, s. 49) tyto změny se většinou odehrávají v krátkém časovém období a snižují tělesnou i psychickou odolnost člověka. Reakce se často neobjevují ihned po určité události, ale až po určité době, někdy až po vyřešení situace, dokonce až 6 měsíců po dané události. Dle Praška a kol. (2010, s. 49) jsou zátěžové životní události častým spouštěčem deprese. Paclt (2001) uvádí, že pokud jsou děti či dospívající vystaveni nežádoucím stresovým situacím a životním událostem, je prokázáno, že událostmi byly ovlivněni, mají statisticky významně zvýšené riziko deprese i dalších typů psychopatologie. „*Souhrnně lze konstatovat, že zhruba 50 % depresivních epizod u dětí a mladých lidí prokazatelně souvisí s nežádoucí životní událostí.*“ (Paclt, 2001, s. 213).

V životě adolescenta se mohou přihodit různé nečekané situace či události, které mohou celou depresi nastartovat. Takovou depresi nazýváme jako reaktivní, protože se objevuje jako reakce na určitou životní událost, která může jedinci zcela obrátit život vzhůru nohama. Takovou událostí tedy může být úmrtí blízké osoby, rozvod rodičů, změna životní role atp. Neznamená to ale, že každý jedinec, který prožívá takové situace či události musí nutně upadnout do deprese. Někteří naopak upadnou do deprese při banálním konfliktu (Kovařík, 2002, s. 49).

3.3 Sebepojetí a sebehodnocení, poruchy příjmu potravy

V období dospívání dochází k velkým obavám a strachu zejména v souvislosti s formováním vlastní identity a sebepojetím, osobním vzhledem, uznáním vrstevníků, partnerským vztahům nebo respektováním ze strany dospělých (Paulík, 2010, s. 61). Sebepojetí dle Blatného a Plhákové (2003, s. 92) lze chápat jako „*souhrn představ*

a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová“. Součástí sebepojetí je také sebehodnocení, které „*je chápáno jako výsledek sociálního srovnávání a sebezposuzování na základě pozorování vlastní činnosti“* (Blatný a Plháková, 2003, s. 116). Sebpoejetí a sebehodnocení často souvisí s tělesným sebepojetím a nespokojeností se svou vlastní postavou. Jedinci v období adolescence prochází mnoha změnami, včetně těch tělesných. Jak píše Vágnerová (2002, s. 228), riziko patologického vztahu k vlastnímu tělu (i k jídlu) zvyšují negativní sociální reakce, vysmívání, neúspěšnost a nízký sociální status. Tyto negativní zkušenosti mohou vztah k vlastnímu tělu dlouhodobě narušit. Rašticová (2009, s. 30) uvádí, že rozdíl mezi reálným a ideálním tělem může vést k patologickým stravovacím návykům či nadměrnému cvičení, rovněž byla prokázána souvislost s depresí. V některých studiích byla prokázána souvislost mezi nízkým sebehodnocením, nespokojeností se svým tělem a poruchami příjmu potravy (Rašticová, 2009, s. 32).

Nespokojenost se svým vlastním tělem v této vývojové fázi není nic neobvyklého, zejména u dívek. Rašticová (2009, s. 33) píše, že pohlaví hraje velkou roli ve vztahu mezi sebevědomím, vnímáním vlastního těla a depresemi. Ze studie realizované Davisem a Katzmanem je zřejmé, že vztah mezi nespokojeností s vlastním tělem a depresemi je patrný pouze u dívek (Rašticová, 2009, s. 33).

Z výše uvedeného textu je očividné, že tato problematika se týká především dospívajících dívek. Rašticová zdůrazňuje, že dospívající dívky jsou vystavovány velkému společenskému tlaku, který zdůrazňuje ideál štíhlé krásy. Z výsledků studie od K. A. Martinové (1996) vyplývá, že subjektivní vnímání změn u dospívajících se značně liší s ohledem na pohlaví. Výsledky ukázaly, že dívky změny v pubertě vnímají úzkostlivě a ambivalentně, chlapci se naopak těší až budou dospělí a těší se na změny v dospívání, které vnímají především kladně. Rozdíly mezi chlapci a dívkami tedy tkví v tom, že dívky touží mít štíhlou postavu a zároveň péče o sebe a o svůj vzhled je pro ně mnohem důležitější než pro chlapce (Rašticová, 2009, s. 33). Rovněž Vágnerová (2002, s. 228) píše, že pocitem nespokojenosti se svým vzhledem trpí obecně více dívky.

Právě tyto tělesné rozdíly staví dívky a chlapce do pozice, kdy se musí vypořádat se svými genderovými rolemi. Někteří autoři se proto domnívají, že z tohoto důvodu dívky častěji trpí depresemi (Rašticová, 2009, s. 33).

Poruchy příjmu potravy

Jak již bylo zmíněno, se sebehodnocením a sebezpojetím rovněž souvisí nespokojenost se svou vlastní postavou a v této souvislosti se zde objevuje riziko poruch příjmu potravy.

Regulací příjmu potravy lze měnit vzhled svého těla, tímto způsobem je možné dosáhnout štíhlosti a větší atraktivity, nicméně stejným způsobem se tak může projevit negativní vztah k sobě samému a k vlastnímu tělu. Člověk je tak schopen své tělo ničit nadměrným či naopak nedostatečným příjmem potravy (Vágnerová, 2002, s. 230). Papežová uvádí následující prediktory vzniku patologického jídelního chování, které lze považovat za rizikové faktory: „*přijetí ideálu štíhlé postavy, nespokojenost s vlastním tělem, vyšší hmotnost, experimentování s dietami, negativní emoce (deprese a nízké sebehodnocení) a nízká míra sociální podpory.*“ (Papežová, 2010, s. 271).

Deprese je u poruch příjmu potravy často uváděna jako komorbiditní porucha, dle Theinera (2011, s. 106) je výskyt popisován v 60–95 %. Depresivní porucha je zejména v dospívajícím věku přítomna jako komorbiditní onemocnění a často se týká poruch příjmu potravy. V období dospívání se vyskytuje především mentální bulimie. Na depresi u poruch příjmu potravy se podílí biologické i psychologické faktory (Koutek a Kocourková, 2018, s. 13).

Je všeobecně známo, že poruchy příjmu potravy se objevují více u dívek než u chlapců. Tento fakt taktéž potvrzuje Papežová (2010, s. 37), která píše, že tato zkušenost je podpořena i mnohými výzkumy. Dívky a ženy mají větší sklony k nespokojenosti se svou postavou. Z tohoto důvodu zde hraje pohlaví velmi důležitý faktor.

Poruchy příjmu potravy mohou být i následkem deprese. Jak píše Kovařík (2002, s. 20) deprese může narušit jídelní návyky a lidé, kteří trpí depresí většinou ztrácejí zájem o jídlo, v některých případech dochází i k přejídání.

3.4 Sociální izolace – současná epidemiologická situace COVID-19

„*Deprese bývá také důsledkem sociální izolace, osamělého života, který přináší málo podnětů. Někdy je těžké říci, zda izolace předcházela příznakům, nebo příznaky vedly k ní. Většinou platí obě možnosti.*“ (Praško a kol., 2010, s. 55).

V současné době může mít vliv na vznik deprese sociální izolace od ostatních lidí a nemožnost stýkat se s blízkými osobami. U lidí může rovněž převládat strach a úzkost. Ve spojitosti s aktuální epidemiologickou situací COVID-19 jsme si mohli všimnout jistého nárůstu psychických problémů v našem okolí. Epidemie má velký dopad na psychiku lidí.

Český psychiatr Cyril Höschl v rozhovoru uvedl, že pod vlivem této situace došlo k výraznému nárůstu úzkostí a deprese. Zmínil, že od roku 2017 se nárůst jakékoliv duševní poruchy zvýšil z 20 % na letošních jarních 29 %. V případě deprese je nárůst trojnásobný a s ní i zvýšený počet sebevražedných myšlenek (Zlámalová, 2020, online). Pracovní skupina Rada vlády pro duševní zdraví (dále RVDZ) iniciovala šetření týkající se dopadů způsobené koronavirem na duševní zdraví české populace. Trojnásobné zvýšení deprese v souvislosti s epidemií potvrzuje studie Národního ústavu duševního zdraví (Rada vlády pro duševní zdraví, 2020, online).

V rámci této analýzy se pracovní skupina RVDZ taktéž zaměřila na psychické obtíže u dětí a mladistvých. Jedna ze zakladatelek organizace „Nevypuť duši“, Marie Salomonová, uvedla, že stres, strach, obavy o vlastní zdraví či zdraví svých blízkých, nejistota, bezmoc během nouzového stavu, jsou častými příčinami vzniku symptomů duševních onemocnění u dětí a mladých lidí. U dětí se jednalo především o narušení spánku, nedostatek podnětů, nedostatek sportovního využití, méně soukromí nebo se objevovaly konflikty v rodině. Tyto faktory mohou mít velký vliv na duševní zdraví. Taktéž linky bezpečí určené pro děti a mladistvé mohly registrovat třicetiprocentní nárůst hovorů, které se týkaly především problémů s psychickými potížemi, s tématem domácího násilí či s osobními problémy (Vliv epidemie koronaviru na nárůst duševních onemocnění u Čechů projednala Rada vlády pro duševní zdraví, 2020, online). Ministerstvo zdravotnictví České republiky tento fakt potvrzuje ve svém výzkumu. Na Lince bezpečí došlo u dětí k velkým změnám ve struktuře hovorů. Vzrostl počet hovorů s tematikou tělesného a psychického týrání, problémy v rodinných vztazích a taktéž psychických potíží. Psychické potíže měly téměř třicetiprocentní nárůst. (Vymětal, 2020). „*Nejčastěji nás v době koronaviru kontaktovaly osoby s chronickým duševním onemocněním, které trápila nemožnost navštívit terapeuta, neordinujícího psychiatrického lékaře nebo chráněnou dílnu. Tito lidé pociťovali více úzkosti, nořili se do depresí a pocitu osamění.*“ (Vymětal, 2020, s. 11).

Co se týče nejvíce ohrožených skupin, PhDr. Petr Winkler, PhD. hovoří o tom, že nejvíce zasaženou skupinou byli lidé, kteří mají obavy z onemocnění COVID-19, o svoje zdraví nebo ekonomický stav. U těchto osob se objevovalo větší riziko výskytu duševní poruchy. Rozdíly výskytu duševních poruch u pohlaví nejsou tolik markantní, avšak rozdíly lze spatřovat ve věkovém složení. Winkler zmiňuje, že více byli zasaženi mladí dospělí (18–25 let) než starší dospělí (Winkler, 2020, youtube video).

Ačkoliv dodnes existuje pouze malé množství studií týkajících se situace covid-19 a zkoumání prevalence duševních chorob u dětí a dospívajících, můžeme i z dosavadních dostupných zdrojů a průzkumů potvrdit nárůst depresivních a úzkostných stavů u dětí a dospívajících. Nárůst deprese lze taktéž doložit třemi studiemi z Číny, které poskytly zprávy ohledně dětí a dospívajících spojené s depresí, úzkostí a psychickým stresem během epidemie COVID-19 (Racine et al., 2020). Jedna ze studií z Číny potvrzuje, že v souvislosti s epidemiologickou situací se u dospívajících ve věku 12–18 let objevovaly depresivní a úzkostné symptomy. Prevalence depresivních příznaků byla 43,7 %, úzkostných symptomů 37,4 % a kombinace depresivních a úzkostných symptomů 31,3 %. Zajímavostí je, že v tomto výzkumu bylo rovněž zjištěno, že podíl depresivních či úzkostných symptomů byl menší v městských oblastech, než v oblastech venkovských (Zhou a kol, 2020).

4 Faktory snižující výskyt deprese

Naopak mezi faktory, které vznik deprese mohou snižovat, lze například uvést pravidelný pohyb, sociální oporu, psychickou odolnost nebo smysluplné trávení volného času atd. Tyto faktory můžeme popsat jako protektivní, které Šolcová (2009, s. 14) charakterizuje jako „*charakteristiky, které v interakci s nepřízní či protivenstvím redukují nebo eliminují potenciální negativní účinek rizikových faktorů. Též faktory, které napomáhají resilienci.*“

Dle Carr Grega (2012, s. 52) u dospívajících dochází k relapsu deprese až v 50–70 procentech případů. Existuje tedy velká pravděpodobnost opakovaného onemocnění. Proto je důležité se zaměřit na aktivity jako je odpočinek, přiměřená a zdravá strava, sport nejméně 3x týdně, pěstování sociálních vztahů, komunikace, relaxace a důležité je věnovat se nějaké činnosti, která nám bude přinášet radost a životní uspokojení.

4.1 Zdravý životní styl, trávení volného času

Depresi lze přecházet zdravým životním stylem, pod který spadá samozřejmě pravidelný pohyb, zdravá strava, pohyb na čerstvém vzduchu, duševní hygiena a kvalitní, dostatečný spánek. Je také důležité si umět stanovit hranice a nebrat si na sebe hodně fyzické, psychické ani pracovní zátěže. Za velmi podstatné je taktéž považováno smysluplné trávení volného času, které bychom měli vyplnit našimi oblíbenými činnostmi, koníčky a zájmy. Dobré je mít stanovený svůj vlastní denní režim, kterého se budeme držet a který budeme dodržovat.

Pravidelný pohyb

„*Pravidelný pohyb je základním prostředkem proti stresu.*“ (Praško a Prašková, 2003, s. 176). Jak uvádí Praško a Prašková, (2003, s. 176) pohyb je pro naše tělo zcela přirozenou potřebou. Při nedostatku pohybu tělo chátrá ať už fyzicky, tak i psychicky. Tělo bez pohybu začne prožívat stres, který má neblahý dopad na lidské zdraví. Při pravidelném pohybu se spaluje nadbytečný adrenalin, zlepšuje se držení těla, pružnost, síla a pocit zdraví a klidu.

Pohybová aktivita nepochybně působí pozitivně na lidskou psychiku. Proto je důležité na tomto místě zmínit duševní hygienu, kterou Slepíčka a kol. (2009, s. 224) popisuje jako obor, který podporuje duševní zdraví a rovněž je prevencí duševních poruch a nemocí. Slepíčka a kol. (2009, s. 224) taktéž uvádí, že sport je obecně řazen mezi doporučované činnosti pro euforizační, antidepressivní a antistresové účinky.

Dle Praška a Praškové (2003, s. 176) na náš psychický život působí pozitivně zejména aerobní cvičení, které trvá alespoň 20 minut (vytrvalostní běh, jízda na rotopedu apod.) Během cvičení se uvolňují endorfíny, které mají pozitivní vliv na bdělost a klid, působí proti depresivní náladě. Po cvičení se člověk vždy cítí fyzicky i psychicky svěží. Fyzická aktivita také zvyšuje touhu po hlubokém spánku. Postupem času se začne měnit i postava, začneme se cítit mnohem lépe a budeme spokojenější se svým tělem. Je dobré se do cvičení nenutit, protože příznivý účinek tak bude menší, z tohoto důvodu bychom si měli najít aktivitu, která nás bude bavit. Pokud cvičení děláme dobrovolně, budeme mít radost z pohybu a budeme celkově spokojenější.

Chen et al. (2020) prováděli výzkum ve spojitosti s aktuální epidemiologickou situací COVID-19 a zdůrazňují tak důležitost fyzické aktivity. Zejména to platí u dospívajících dívek, neboť právě dospívající dívky mají větší sklony k depresím a úzkosti.

Dle mezinárodní studie je u lidí fyzicky aktivních o 15–16 % nižší pravděpodobnost rozvoje deprese v budoucnu, ve srovnání s lidmi méně aktivními. Pokud budeme věnovat 150 minut týdně fyzické aktivitě, dokážeme snížit nebezpečí deprese o 22–31 % (Lomas, 2018, online). Odborníci proto radí a doporučují zejména v této nelehké době pohyb na čerstvém vzduchu, který prospívá našemu duševnímu zdraví a pomáhá předcházet psychickým problémům. Fyzická aktivita může být prospěšná nejen našemu zdraví, ale také může sloužit jako prevence deprese či jako lék na depresivní nálady.

Trávení volného času

Možností, jak lze trávit volný čas, existuje v dnešní době poměrně dostatek. Nicméně vzhledem k aktuální situaci je pro mnohé dospívající docela oříšek najít způsob, jak smysluplně využít svůj volný čas, neboť mají poměrně omezené možnosti. Někteří z dospívajících jedinců zkrátka neumí využít volný čas. Hofbauer ve své publikaci zmiňuje, že příčinou takového selhání může být nedostatek přesvědčivých či motivujících informací, z čehož pramení malý zájem. „*Aby smysluplná realizace volného času*

rozdvíjela různé stránky osobnosti dítěte a mladého člověka, probouzela zdravé sebevědomí a upevňovala správný způsob života, vyžaduje naopak aktivní přístup. A naopak – neznalost toho, jak využít existujících možností, posiluje jeho izolaci od volnočasových aktivit a ztěžuje vstup i do dalších oblastí života.“ (Hofbauer, 2004, s. 44).

Samotný pojem volný čas ve většině z nás evokuje příjemné pocity a vyvolává hezké představy, které často spojujeme s oblíbenými činnostmi. Mezi tyto činnosti můžeme zařadit například turistiku, sport, pohybové aktivity, kutilství, umělecké aktivity apod. K volnému času nepochybně patří i setkávání s kamarády, přáteli, partnery, dobrá zábava či nové zážitky. Někteří si volný čas spojují s příjemným nicneděláním či relaxací. V této době se jedinec svobodně rozhoduje o svých aktivitách a jak se svým časem naloží (Bendl, 2015, s. 118).

Díky volnému času se můžeme věnovat aktivitám, které nás baví, naplňují nebo rozvíjejí naši osobnost. Praško a Prašková (2003, s. 158) píše, že pro osoby v depresi je typické, že mají málo energie a motivace k provozování každodenních činností. Začnou vynechávat pro ně příjemné aktivity, ještě dříve, než se objeví příznaky deprese. Postupně ubývají jejich radosti v životě, cítí se hůře a ztrácejí energii. V tomto případě se deprese prohloubí. Pro každého jedince příjemné aktivity znamenají něco jiného. Praško a Prašková (2003, s. 160) mezi takové aktivity řadí:

1. Interakce s lidmi – otevřená a přátelská komunikace, vyjadřování pozitivních pocitů, přijímat či dávat komplimenty
2. Prožitky kompetence – uvědomění si toho, že něco dokážeme, umíme, co jsme dobře udělali, naučili se
3. Reakce nesourodé s depresí – aktivity, které jsou opakem deprese – např. smích, uvolnění, klid, spánek, relax, tanec, sex atd.

Je velmi důležité si konkrétní příjemné aktivity naplánovat a postupně je vykonávat. Praško a Prašková (2003, s. 161) doporučují vybrat si 1–2 příjemné aktivity na den a vykonávat je v době, kdy se člověk necítí tolik unaven.

4.2 Sociální opora a psychická odolnost

Sociální opora je považována za účinný faktor mezilidských vztahů omezující stres. (Paulík, 2010, s. 23). Důležitost sociální opory tkví v naplnění lidských sociálních potřeb a může sloužit jako preventivní faktor vůči depresi. „Zahrnuje různá působení lidí v okolí

jedince, kteří jsou mu blízcí, pozitivně jej hodnotí a mají jej rádi. Patří sem i uznání předností jedince osobami, na nichž mu záleží.“ (Paulík, 2010, s. 23). Nejdůležitější a nepřírozenější zdroj sociální opory je rodina, kde díky akceptaci, pomoci a povzbuzení členů rodiny je utvářen pocit jistoty a bezpečí již od raného dětství. Pozitivní sociální vazby v rodině, v jiných sociálních skupinách či ve vztazích usnadňují osobám adaptaci na příznivé podmínky a rovněž pozitivně ovlivňují jejich zdravotní stav (Paulík, 2010, s. 23–24). Mezilidské vztahy se mohou podílet jak na vzniku, průběhu tak na následné léčbě deprese. Pokud hovoříme o mezilidských vztazích jako o protektivním faktoru deprese, je důležité o vztahy pečovat, neboť kvalitní vztahy jsou jedním z nejdůležitějších faktorů pro šťastný a zdravý život jedince.

Studie potvrzují, že sociální opora je považována za významný protektivní faktor. Ve studii realizované C. K. Holahanem a C. J. Holahanem byl zkoumán vztah sociální opory, sebeuplatnění a výskytu deprese. Ve studiích prokázali pozitivní vliv sebeuplatnění na vznik a rozvoj deprese. Bylo prokázáno, že sebeuplatnění působí přímo jako preventivně protektivní faktor vůči depresi a nepřímo prostřednictvím vlivu sebeuplatnění na úroveň sociální opory. Nedostatek sociální opory vede k depresi. V české populaci sociální opora měla protektivní roli ve vztahu k depresi u mužů, zejména u seniorů (Kebza, 2005, s. 156).

Psychická odolnost

Pro zvládání zátěže je psychická odolnost velmi důležitá. Pod pojmem psychická odolnost si můžeme představit schopnost zvládání zátěže a vypořádání se s životními překážkami. Paulík (2010, s. 102) popisuje psychickou odolnost jako schopnost umožňující zvládat nároky, které jsou kladeny na jedince v různých situacích, a přitom nepodléhat rušivým, škodlivým či ohrožujícím vlivům. Dále psychickou odolnost Paulík (2010, s. 102) definuje jako schopnost klást odpor a odolávat tlakům bez narušení funkce systému, schopnost rychlé a pružné regenerace a schopnost změny systému či osobnosti s využitím získaných zkušeností či osvojení poznatků a dovedností ve stresové situaci k zvládnutí dalších obdobných situací.

Sobek (2020, online) upozorňuje, že psychická odolnost neznamená, že odolní lidé jsou necitliví či chladní. Znamená to, že takoví lidé cítí bolest a strach, ale nenechají se těmito pocity pohltit. Každý z nás má jinou míru psychické odolnosti, kterou lze posilovat a rozvíjet. Posilovat ji můžeme budováním dobrých vztahů, péčí o sebe a své

tělo, zdravým myšlením atd. Další možností, jak lze posílit psychickou odolnost vidí Sobek (2020, online) v meditaci. Díky meditaci jsme schopni vnímat svůj dech, což nám pomůže si lépe uvědomit, co se děje právě teď.

Dle Medalové (2016, online) základem psychické odolnosti jsou vztahy nejen v rodině, ale i mimo ni. K odolnosti rovněž přispívá schopnost plánovat a řešit problémy, komunikace, důvěra ve vlastní schopnosti, zvládání silných emocí či impulzů atd.

Paulík spojuje psychickou odolnost s protektivními faktory, které dle autora sehrávají obrovskou roli v rozvoji odolnosti již v dětství. Protektivní faktory Paulík definuje jako „specifické individuální nebo situační znaky nezbytné pro formování *resilience*“ (Paulík, 2010, s. 104). Za protektivní faktory Paulík označuje například pozitivní vztahy, smysl pro humor, vysoká očekávání, víru v osobní účinnost, interní místo kontroly atd. Proti protektivním faktorům stojí i rizikové faktory, které mohou omezovat schopnost efektivní adaptace a zvyšují zranitelnost jedince. Mezi rizikové faktory autor řadí například životní události či kumulaci drobných nepříjemností (Paulík, 2010, s. 104). Rizikové faktory Hoskovcová a Suchochlebová Ryntová (2009, s. 18) rozdělují na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní rizikové faktory řadí genetickou podmíněnost, zranitelnost, větší citlivost jedince, temperament, sníženou inteligenci atp. Tyto vnitřní rizikové faktory samy od sebe nemůžeme příliš měnit. K vnějším rizikovým faktorům autorky zařazují různé nepříznivé události přicházející z prostředí dítěte, tedy nejčastěji z rodinného prostředí. Objevují se problémy v podobě nedostatečné péče rodičů o dítě, psychické poruchy rodiče, alkoholismu, zanedbávání dítěte, nízké socioekonomické situace rodiny, rozvodu rodičů, špatné školy, nemoci atd. Tyto vnější rizikové faktory lze do určité míry ovlivnit, trochu zmírnit či úplně odstranit (Hoskovcová a Suchochlebová Ryntová, 2009, s. 18–19).

5 Depresivita v adolescenci

Empirická část bakalářské práce spočívá v realizaci kvantitativního výzkumného šetření a interpretaci výsledků. Výzkumné šetření se zaměřuje na výskyt a míru adolescentní deprese. Cílovou skupinou byly žáci základních a středních škol ve věku od 12 do 19 let.

5.1 Výzkumné cíle a formulace hypotéz

Cílem výzkumného šetření je 1. zmapovat výskyt depresivity u žáků základních a středních škol, 2. ověřit možný vztah mezi depresivitou a rizikem sebevražedného chování a 3. zjistit, které faktory ovlivňují závažnost depresivní symptomatologie. Na základě získaných teoretických poznatků a prostudované literatury byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Předpokládáme, že u dívek bude vyšší výskyt deprese než u chlapců.

Tato hypotéza je podložena výzkumy řady autorů, kteří tvrdí, že dívky inklinují více k depresivitě než chlapci. Krcha a Csémy (2006) uvádějí na základě dlouholetého výzkumu, že dívky vykazují v průměru více depresivních příznaků než chlapci. Tento fakt potvrzují i další autoři (např. Goetz, 2005, Carr-Greg, 2012, 2006, Paclt, 2001, Čermák, Klimusová, & Vízdalová, 2005).

H2: Předpokládáme, že u studentů středních škol budou vyšší hodnoty deprese než u žáků základních škol.

Tato hypotéza je formulována na základě výzkumu Chena et al. (2020), kteří zjistili ve svém výzkumném šetření, že v souvislosti s epidemií COVID-19 byli starší adolescenti v porovnání s mladšími adolescenty depresivnější.

H3: Předpokládáme že více jak 70 % dotazovaných adolescentů nikdy nepomyslelo na sebevraždu.

Suicidální jednání je často spojováno s depresivními příznaky a nárůst sebevražedného chování se objevuje převážně v adolescenci. Koutek a Kocourková (2007, s. 61) uvádějí, že u 72,5 % dětí a dospívajících, kteří byli po suicidálním pokusu hospitalizováni na Dětské psychiatrické klinice FNM v letech 1995–1999, byla zjištěna přítomnost depresivní symptomatiky.

5.2 Výzkumná metoda

Jako nástroj pro realizaci výzkumného šetření byla vybrána kvantitativní metoda formou standardizovaného dotazníku. Chráska (2016, s. 11) definuje kvantitativní výzkum jako „*záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi pedagogickými jevy*“. Gavora popisuje ve své publikaci slovo dotazník, které spojuje s dotazováním a s otázkami. Jedná se o způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Dotazník autor považuje za nejpoužívanější metodu zjišťování údajů a je určen především pro hromadné získávání údajů (Gavora, 2010, s. 121).

Dotazník je rozdělen na tři sekce, přičemž první sekce se zaměřuje na obecné informace o respondentech (pohlaví, věk, zda studují na základní či střední škole/gymnáziu). V druhé je použit standardizovaný dotazník CDI a poslední sekce zjišťuje aktuální pocity adolescentů, související s COVID-19.

Pro zmapování výskytu a míry depresivity u adolescentů byl použit standardizovaný dotazník dětských depresí CDI (Kovacs, 1977). Dotazník vychází z Beckovy sebeposuzovací škály depresí pro dospělé. Škály měří současný stav či změnu stavu depresivity u dětí či adolescentů. Jedná se o dotazník obsahující 27 položek, každá z nich je složena ze 3 tvrzení, které charakterizují různý stupeň potíží (pořád, občas, nikdy). Respondent má za úkol zaškrtnout variantu, která nejvíce vystihuje jeho aktuální pocity a nálady za poslední dva týdny. Dotazník rovněž obsahuje 5 symptomů deprese: špatnou náladu, problémy v mezilidských vztazích, neefektivnost, neumění prožívat radost (anhedonie) a negativní sebepojetí. „*CDI je určen k posouzení vlastních depresivních symptomů, aktuálních pocitů, poruch nálady, celkového sebehodnocení a vztahů k činnosti i lidem.*“ (Říčan a kol., 2006, s. 457). Dotazník je určen pro děti a mládež od 7 do 17 let. Celkové skóre se získá součtem hodnot odpovědí, přičemž celkový skóre se pohybuje od 0 do 54 bodů. Dle celkového skóre je interpretována míra depresivity u dětí a adolescentů.

Součástí dotazníku jsou čtyři otázky vlastní konstrukce (tři otevřené a jedna polouzavřená). Zjišťují, co pomáhá přeladit negativní emoce, příčiny negativního prožívání a dopad současné epidemiologické situace na prožívání. Dle aktuálně dostupných průzkumů současná bezpečnostní opatření a omezení nejvíce postihují právě adolescenty. Například Chen et al. (2020) poukazují na fakt, že adolescenti bez

společnosti během epidemiologické situace měli větší sklony k depresi a úzkosti. Celý dotazník se nachází v příloze bakalářské práce.

5.3 Sběr dat a výzkumný soubor

Sběr dat probíhal v březnu 2021 a dotazník byl respondentům rozeslán v elektronické podobě. Dotazník byl vytvořen v online Formuláři Google, jehož odkaz byl následně distribuován na vybrané školy s prosbou o vyplnění dotazníku. Byly osloveny zejména základní školy a rovněž střední školy (gymnázia), kde se nachází daná cílová skupina s žádostí o vyplnění online dotazníku. Do výběru byly rovněž zahrnuty některé střední školy (gymnázia), z důvodu zmapování většího vzorku adolescentů ve starším věku. Následně jsou v práci porovnány odpovědi studentů základních a středních škol, tedy mladších a starších adolescentů.

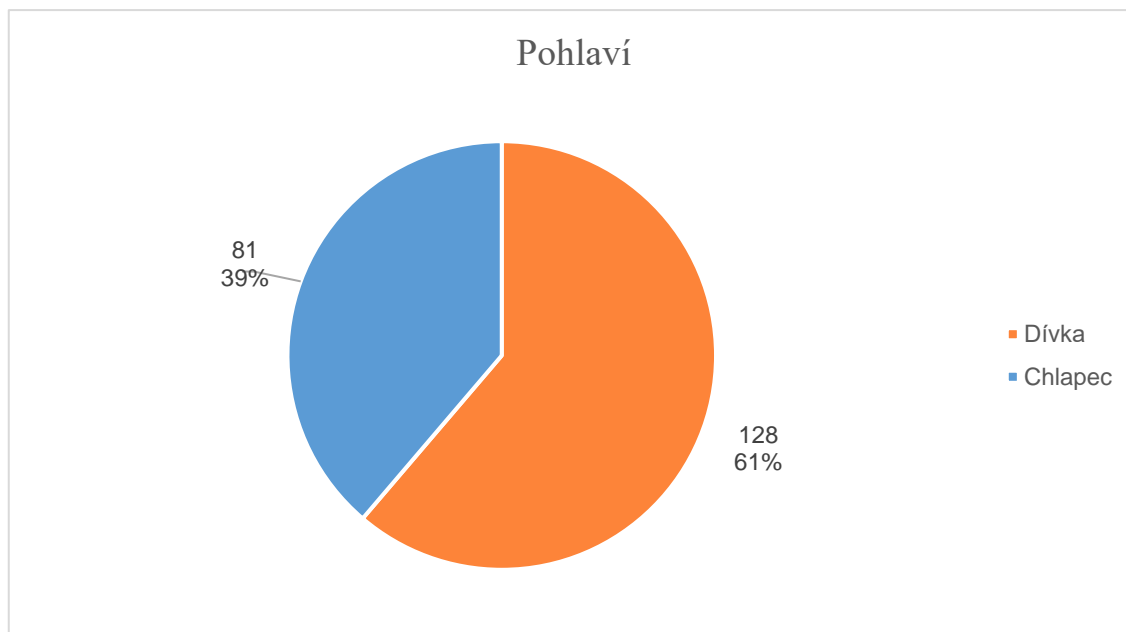
S ohledem na stávající epidemiologickou situaci nebylo možné distribuování dotazníku na vybrané školy v tištěné formě, jak bylo plánováno. Z tohoto důvodu byl dotazník rozeslán elektronicky na vybrané základní školy a gymnázia s žádostí o vyplnění. Výběr škol byl zcela náhodný, avšak nejvíce jsem oslovila školy, které se nacházejí v okolí mého bydliště. Pro získání dat byla oslovena potřebná skupina adolescentů k vyplnění dotazníku.

Celkem bylo osloveno 7 škol, z čehož 5 škol bylo základních a zbývající 2 gymnázia. Z důvodu zachování anonymity záměrně nejsou uvedeny názvy škol. Sběr dat na základních školách probíhal v rámci 7.–9. tříd, v případě gymnázií byly osloveny všechny ročníky s výjimkou prvního stupně nižšího gymnázia.

Respondenti byli v první řadě obeznámeni s anonymitou dotazníku. Od respondentů byly vyžadovány pouze tři povinné údaje – pohlaví, věk a zda studují základní či střední školu. Rovněž byli informováni o tom, že získaná data budou použita pouze pro účely výzkumného šetření v této práci. Dále bylo respondentům vysvětleno, jakým způsobem mají vyplňovat dotazník. Byli taktéž požádáni o to, aby odpovídali co nejpravdivěji a vyplňovali dotazník samostatně.

5.4 Popis výzkumného souboru

První část výzkumného šetření se zaměřuje na charakteristiku výzkumného souboru. V první části dotazníku se zjišťují 3 povinné údaje od respondentů a těmi jsou pohlaví, věk a zda respondenti studují základní nebo střední školu. Dotazník vyplnilo celkem 209 respondentů, z čehož se zúčastnilo 128 (61 %) dívek a 81 (39 %) chlapců.

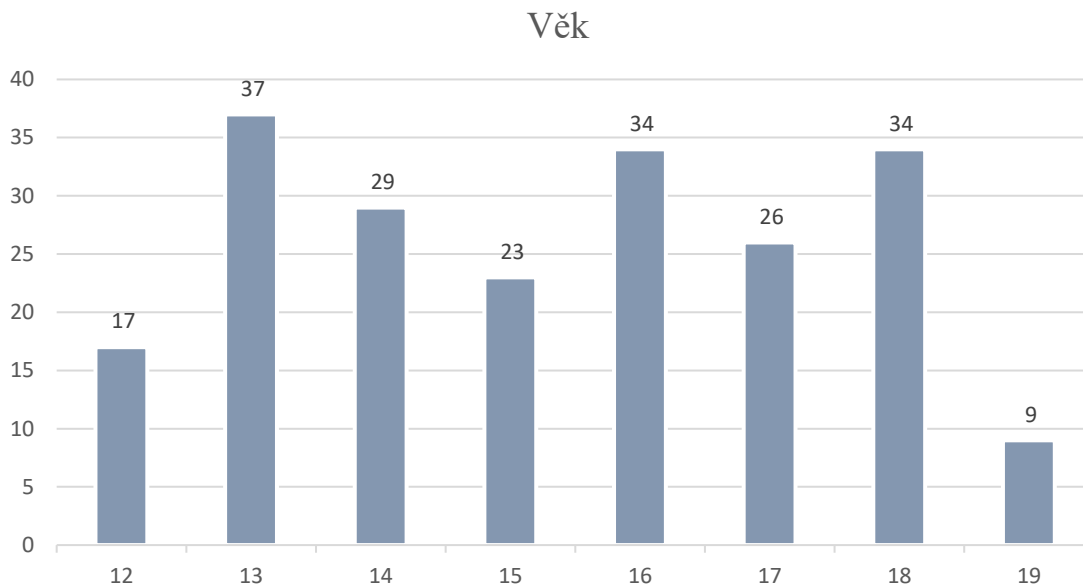


Graf 1 – Pohlaví

Výzkumný soubor je tvořen respondenty ve věkovém rozmezí od 12 do 19 let. Z tabulky a grafu je patrné, že se nejvíce zúčastnili respondenti ve věku 13 let a hned poté ve věku 16 a 18 let. Nejméně zastoupenou věkovou skupinou jsou dospívající ve věku 19 let.

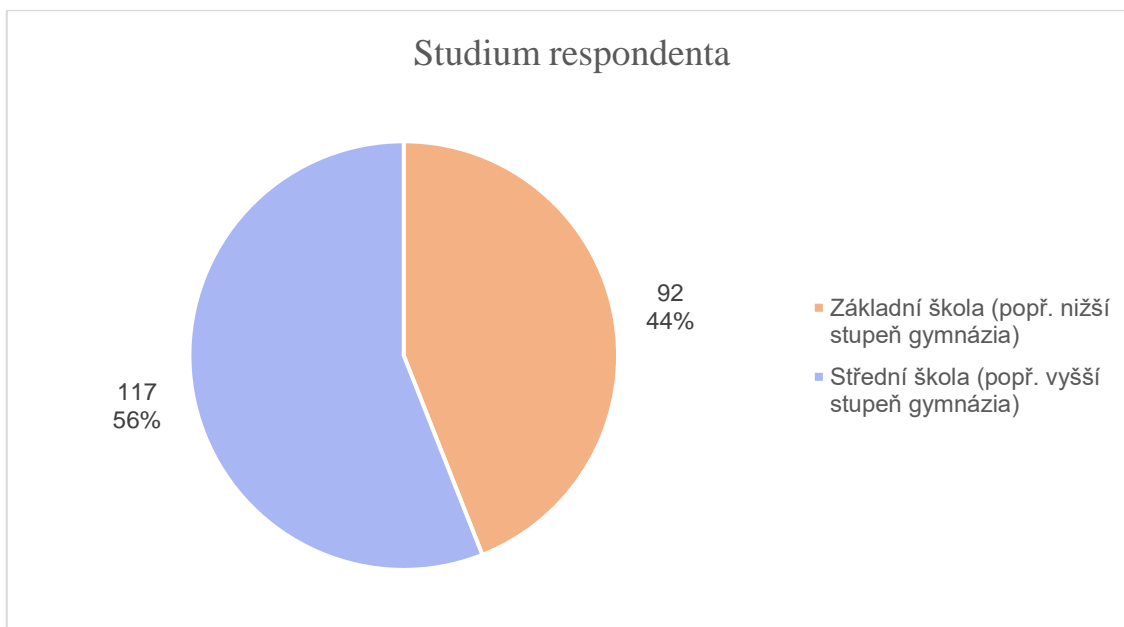
Tabulka 1 – Popis výzkumného souboru dle věku a pohlaví

Věk	Chlapci	Dívky	Celkem
12 let	10	7	17
13 let	18	19	37
14 let	14	15	29
15 let	9	14	23
16 let	10	24	34
17 let	11	15	26
18 let	8	26	34
19 let	1	8	9
Celkem	81	128	209



Graf 2 – Věk

Z grafu 3 vyplývá, že dotazníkového šetření se zúčastnilo více studentů ze středních škol (gymnází, popř. – vyššího stupně gymnázia) a to 117 (56 %). 92 (44 %) studentů je ze základních škol, popř. nižšího stupně gymnázia).



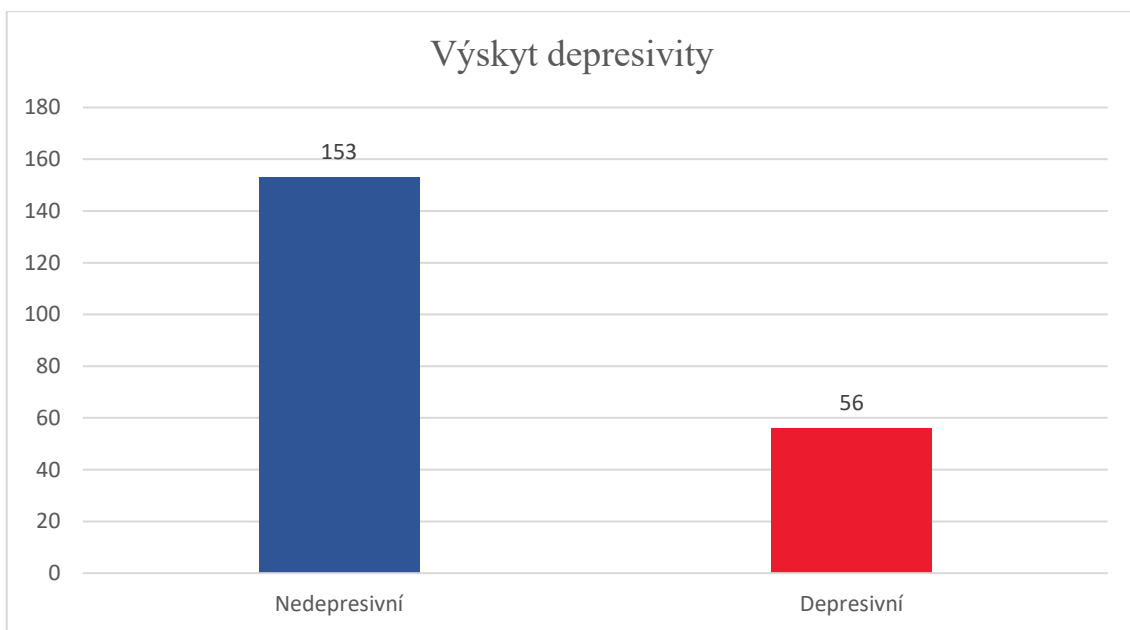
Graf 3 – Studium respondenta

5.5 Výsledky a diskuze

Tato část práce se zabývá interpretací výsledků výzkumného šetření. Data byla zpracovávána v MS Excel pomocí kontingenčních tabulek. Výsledky jsou znázorněny pomocí okomentovaných tabulek a grafů.

A. Výskyt a míra depresivity

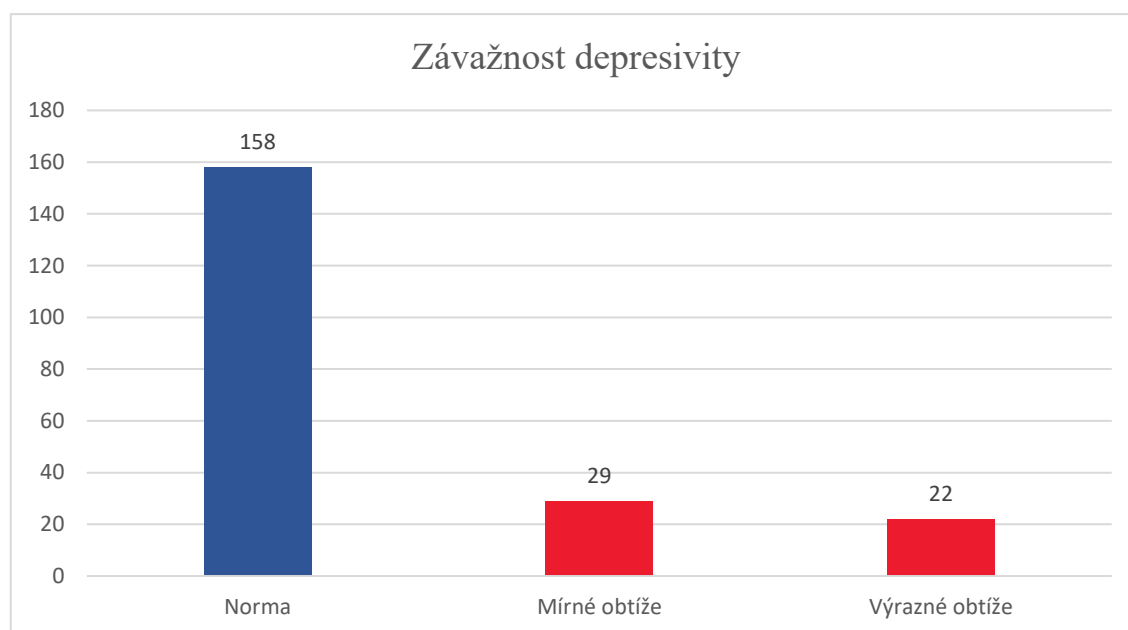
Každá z položek v CDI dotazníku je skórována v rozpětí 0–2 bodů dle závažnosti projevu symptomu, přičemž skór 0 odpovídá absenci symptomu, skór 1 mírnému projevu a skór 2 výraznému projevu. Dle autorky (Kovacs, 1998) jsou za hraniční hodnoty pro určení vysoké míry depresivity považovány hodnoty 19–20 bodů u zdravé populace a 12–13 u klinické populace. Vzhledem k neklinickému výzkumnému vzorku je tedy stanovena rozhodující hranice na 20 bodů. Z následujícího grafu lze vyčíst, že z celkového výzkumného souboru pod hranici 20 bodů dosáhlo 153 (73 %) dotazovaných. 56 (27 %) respondentů tuto hranici překročilo.



Graf 4 – Výskyt depresivity

Autorka rovněž doporučuje zaměřit se na jednotlivé subškály, jimiž jsou Špatná nálada, Interpersonální potíže, Nevýkonnost, Anhedonie a Snížené sebehodnocení. Vysoké skóre zde značí riziko výskytu obtíží, nízké skóre jejich absenci. Kovacs (1998) používá převod na T-skóre, pomocí nichž lze posoudit závažnost jednotlivých depresivních projevů. Za klinicky významné považuje autorka hodnoty nad 65, v případě že je zvýšený jeden z pěti skóru, jedná se o mírné obtíže depresivity, pokud jsou zvýšeny 2 či více skóru lze hovořit o výrazných obtížích depresivity. T-skóre > 65 odpovídá zhruba 28 bodům z celkového skóre CDI dotazníku.

V následujícím grafu je zobrazeno, jak skórovali respondenti v tomto výzkumném šetření. Graf ukazuje, že 158 (76 %) respondentů je zcela bez obtíží, u 29 (14 %) respondentů se objevují mírné obtíže depresivity a 22 (11 %) respondentů vykazuje výrazné obtíže depresivity.



Graf 5 – Závažnost depresivity

V následující tabulce jsou uvedeny průměrné hodnoty, směrodatné odchylky a medián v celkovém skóre CDI a také v jednotlivých subtěstech. V tomto výzkumném šetření je průměrná hodnota 14,47. Průměrná hodnota udává, že se respondenti nacházejí pod hranicí 20 bodů, což představuje normu míry depresivních projevů. Směrodatná odchylka je 8,60, která udává vzájemné odlišnosti v odpovědích respondentů. Medián nám udává hodnotu 13 a je zde uveden z důvodu, aby eliminoval extrémní hodnoty odpovědí ve výzkumném souboru. Vzhledem ke kontrolnímu souboru z roku 1998,

u kterého byla průměrná hodnota 8,7, se průměrná hodnota tohoto výzkumného souboru liší o více než 5 bodů.

Tabulka 2 – Míra depresivity

	Celkem	Subtest A	Subtest B	Subtest C	Subtest D	Subtest E
Průměr	14,47	3,44	1,38	2,67	4,47	2,50
Směrodatná odchylna	8,60	2,20	1,21	1,89	3,02	2,01
Medián	13	3	1	3	4	2

Subtest A – Špatná nálada

V tomto subtestu je věnována pozornost špatné náladě. Skládá se z otázek 1, 6, 8, 10, 11 a 13. Rozpětí hodnot v této subškále se pohybovalo od 0 do 12. Průměrná hodnota je rovna 3,44 se směrodatnou odchylkou 2,20. Minimálně 65 bodů v T-skóru dosáhlo 25 respondentů.

Z odpovědí je patrné, že více než polovina respondentů (55,98 %) se málokdy cítí smutně, 39,71 % respondentů se často cítí smutně a pouze 4,31 % respondentů uvedlo, že se cítí pořád smutně. Lze si všimnout poměrně velkého rozdílu mezi odpověďmi dívek a chlapců, kteří jsou v této oblasti daleko pozitivnější.

Tabulka 3 – Tvrzení č. 1

Tvrzení č. 1	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Málokdy jsem smutný. (0)	54	42,19%	63	77,78%	117	55,98%
Často jsem smutný. (1)	68	53,13%	15	18,52%	83	39,71%
Pořád jsem smutný. (2)	6	4,69%	3	3,70%	9	4,31%

Z tabulky vyplývá, že 46,41 % respondentů málokdy přemýšlí o špatných věcech, téměř polovina dotazovaných (48,33 %) má strach, že se jim může stát něco špatného a zbylých 5,26 % se domnívá, že se jim něco hrozného stane. Opět zde převažují negativní odpovědi dívek nad chlapci.

Tabulka 4 – Tvrzení č. 6

Tvrzení č. 6	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Málokdy přemýšlím o špatných věcech, které se mi mohou stát. (0)	52	40,63%	45	55,56%	97	46,41%
Mám strach, že se mi může stát něco špatného. (1)	69	53,91%	32	39,51%	101	48,33%
Vím určitě, že se mi něco hrozného stane. (2)	7	5,47%	4	4,94%	11	5,26%

Většina respondentů (52,15 %) si myslí, že za špatné věci obvykle nemohou. 38,28 % dotazovaných uvedlo, že za mnoho špatného mohou oni sami. Poslední tvrzení zvolilo 9,57 % respondentů, kteří se domnívají, že za všechno špatné mohou oni sami. Tuto možnost zvolilo přesně 16 dívek a pouze 4 chlapci.

Tabulka 5 – Tvrzení č. 8

Tvrzení č. 8	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Za špatné věci obvykle nemůžu. (0)	66	51,56%	43	53,09%	109	52,15%
Můžu za mnoho špatného. (1)	46	35,94%	34	41,98%	80	38,28%
Za všechno špatné můžu já. (2)	16	12,50%	4	4,94%	20	9,57%

V tomto tvrzení opět skórovaly více dívky, kdy 16 dívek a pouze 2 chlapci uvedli, že je jim do pláče každý den. Odpověď „často je mi do pláče“ zvolilo 29,67 % respondentů a největší část respondentů (61,72 %) dotazovaných uvedlo možnost „málokdy je mi do pláče“. U této možnosti si také můžeme všimnout, že rozdíl mezi chlapci a dívkami je téměř 40 %.

Tabulka 6 – Tvrzení č. 10

Tvrzení č. 10	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Málokdy je mi do pláče. (0)	60	46,88%	69	85,19%	129	61,72%
Často je mi do pláče. (1)	52	40,63%	10	12,35%	62	29,67%
Každý den je mi do pláče. (2)	16	12,50%	2	2,47%	18	8,61%

Z této tabulky vyplývá, že 44,50 % se nudí málokdy, nejvíce respondentů (50,72 %) zvolilo možnost, že se často nudí a zbylých 4,78 % respondentů odpovědělo, že je nudí všechno. V tomto tvrzení se neobjevují příliš rozdílné odpovědi mezi pohlavími.

Tabulka 7 – Tvrzení č. 11

Tvrzení č. 11	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Jen málokdy se nudím. (0)	54	42,19%	39	48,15%	93	44,50%
Často mě něco nudí. (1)	66	51,56%	40	49,38%	106	50,72%
Všechno mě nudí. (2)	8	6,25%	2	2,47%	10	4,78%

Výsledky tohoto tvrzení ukazují, že 34,93 % dotazovaných nemá potíže se soustředěním, více než polovina respondentů uvedla, že je pro ně těžké se soustředit a 7,66 % respondentů uvedlo, že se nedokážou soustředit vůbec.

Tabulka 8 – Tvrzení č. 13

Tvrzení č. 13	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Snadno se dokážu soustředit. (0)	41	32,03%	32	39,51%	73	34,93%
Je těžké se soustředit. (1)	77	60,16%	43	53,09%	120	57,42%
Vůbec se nedokážu soustředit. (2)	10	7,81%	6	7,41%	16	7,66%

Shrnutí

V tomto subtestu byla druhá nejvyšší průměrná hodnota (=3,44 (28,71 %)). Na základě vysoké průměrné hodnoty lze konstatovat, že respondenti v této subškále odpovídali spíše negativně, což značí zvýšenou míru depresivity v této oblasti.

Z odpovědí je patrné, že dívky v negativních odpovědích skórovaly více než chlapci. Jelikož se stále potýkáme s rostoucími nároky právě i na dospívající jedince, zvýšený pocit smutku lze připsat například k náročným životním situacím či k aktuální epidemiologické situaci. S aktuální situací může souviset i následující tvrzení, kdy 101 respondentů uvedlo, že mají strach, že se jim stane něco špatného a 11 respondentů je přesvědčeno, že se jim něco špatného stane. Důvodem těchto odpovědí může být obava o sebe či o své blízké v souvislosti s onemocněním COVID-19. Nejvíce výrazné obtíže depresivity se vyskytují v otázce č. 8, kdy 20 respondentů se domnívá, že za všechno špatné mohou oni sami. Co se týče nudy, více než polovina respondentů uvedla, že se často nudí, 10 respondentů uvedlo, že je nudí všechno. Zvýšené pocity nudy mohou souviset s nemožností věnovat se aktivitám, které je baví a naplňují nebo s tím, že dospívající jedinci momentálně neumí využít svůj volný čas. Pro 120 respondentů je těžké se soustředit a 16 dotazovaných odpovědělo, že se vůbec nedovedou soustředit. Sníženou soustředěnost můžeme také přikládat k aktuální situaci, neboť soustředění se na výuku během online vyučování mnohým respondentům nevyhovuje. Tento fakt se mimo jiné potvrdil v odpovědích respondentů v závěrečných otevřených otázkách ohledně aktuální situace.

Subtest B – Interpersonální problémy

Tento subtest se zabývá interpersonálními problémy a tvoří ho otázky 5, 12, 26 a 27. Rozpětí hodnot se zde pohybovalo od 0 do 7. Průměrná hodnota je 1,38 a směrodatná odchylka 1,21. V tomto subtestu 15 respondentů dosáhlo hraniční hodnoty T-skóru 65 a více.

V této tabulce můžeme vidět, že více jak polovina respondentů (57,89 %) se málokdy cítí špatně a 39,23 % respondentů se cítí často špatně. Zbývající 2,87 % dotazovaných uvedlo, že jim je pořád zle, z čehož tuto možnost uvedlo 5 dívek a pouze 1 chlapec.

Tabulka 9 – **Tvrzení č. 5**

Tvrzení č. 5	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Málokdy se cítím špatně. (0)	59	46,09%	62	76,54%	121	57,89%
Často se cítím špatně. (1)	64	50,00%	18	22,22%	82	39,23%
Pořád je mi zle. (2)	5	3,91%	1	1,23%	6	2,87%

Z tabulky je patrné, že 59,33 % respondentů je rádo obklopeno lidmi, 39,23 % často nechce být mezi lidmi a naopak 8,61 % dotazovaných vůbec netouží být mezi lidmi.

Tabulka 10 – **Tvrzení č. 12**

Tvrzení č. 12	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Jsem rád mezi lidmi. (0)	71	55,47%	53	65,43%	124	59,33%
Často nechci být mezi lidmi. (1)	46	35,94%	21	25,93%	67	32,06%
Vůbec nechci být mezi lidmi. (2)	11	8,59%	7	8,64%	18	8,61%

Drtivá většina respondentů (81,82 %) většinou udělá, co se po nich chce. Můžeme si všimnout, že v této odpovědi je zastoupena větší část dívek. 17,22 % respondentů odpovědělo, že většinou neudělají, co se po nich chce. Pouze dva chlapci uvedli, že nikdy neudělají, co se po nich chce.

Tabulka 11 – **Tvrzení č. 26**

Tvrzení č. 26	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Většinou udělám, co se po mně chce. (0)	107	83,59%	64	79,01%	171	81,82%
Většinou neudělám to, co se po mně chce. (1)	21	16,41%	15	18,52%	36	17,22%
Nikdy neudělám, co se po mně chce. (2)		0,00%	2	2,47%	2	0,96%

Z odpovědí je zřejmé, že většina respondentů (76,08 %) dobře vychází s lidmi. Možnost časté hádky nebo konfliktu zvolilo necelých 23 % respondentů. Pouze 1 chlapec a 1 dívka zvolili variantu, že se pořád s někým hádají či perou.

Tabulka 12 – **Tvrzení č. 27**

Tvrzení č. 27	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Dobře vycházím s lidmi. (0)	97	75,78%	62	76,54%	159	76,08%
Často se s někým hádám nebo peru. (1)	30	23,44%	18	22,22%	48	22,97%
Pořád se s někým hádám nebo peru. (2)	1	0,78%	1	1,23%	2	0,96%

Shrnutí

Vzhledem k nejnižší průměrné hodnotě (=1,38 (17,28 %)) lze konstatovat, že v oblasti interpersonálních problémů byly odpovědi respondentů převážně pozitivní a neobjevovaly se v této oblasti zvýšené depresivní projevy. Nejvíce se různily odpovědi v tvrzení č. 12, kdy 18 respondentů uvedlo, že vůbec nechtějí být mezi lidmi, 67 respondentů uvedlo, že často nechtějí být mezi lidmi a 124 dotazovaných odpovědělo, že jsou rádi mezi lidmi. Rozmanité odpovědi respondentů mohou být ovlivněny různými sociálními činiteli. Může se jednat například o současné naladění dospívajících, psychické rozpoložení či vzhledem k aktuální situaci odvyknutí si na sociální kontakt a trávení času mezi lidmi.

Subtest C – Nevýkonnost

Subtest C se zaměřuje na nevykonnost. Je tvořen otázkami 3, 15, 23 a 24. Rozpětí hodnot v tomto subtestu se pohybovalo od 1 do 8. Průměrná hodnota je 2,67 a směrodatná odchylka 1,89. Hraniční hodnoty T-skóru 65 a více zde dosáhlo 17 respondentů.

Výsledky nám ukazují, že poměr odpovědí u tohoto tvrzení je relativně vyrovnaný. 48,33 % respondentů se domnívá, že skoro všechno dělají dobře, 48,80 % si myslí, že hodně věcí dělají špatně a pouze 2,87 % respondentů uvedlo, že všechno dělají špatně.

Tabulka 13 – Tvrzení č. 3

Tvrzení č. 3	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Skoro všechno dělám dobře. (0)	61	47,66%	40	49,38%	101	48,33%
Hodně věcí dělám špatně. (1)	63	49,22%	39	48,15%	102	48,80%
Všechno dělám špatně. (2)	4	3,13%	2	2,47%	6	2,87%

Co se týče otázky ohledně školy, 18,18 % respondentů uvedlo, že se k práci ve škole musí pořád nutit, 42,11 % z nich se musí do práce ve škole často nutit a 39,71 % respondentům nedělá práce ve škole potíže.

Tabulka 14 – Tvrzení č. 15

Tvrzení č. 15	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Pracovat ve škole mi nedělá velké potíže. (0)	50	39,06%	33	40,74%	83	39,71%
K práci ve škole se musím často nutit. (1)	58	45,31%	30	37,04%	88	42,11%
K práci ve škole se musím pořád nutit. (2)	20	15,63%	18	22,22%	38	18,18%

Většina respondentů (53,11 %) v tomto tvrzení uvedla, že ve škole se jim daří, hůře se daří 35,89 % respondentům a zbývajících 11 % uvedlo, že jim nejdou ani ty předměty, ve kterých byli dobří. Můžeme si všimnout viditelného rozdílu mezi pohlavími, neboť dívky více uváděly, že jim nejdou některé předměty, ve kterých dříve byly dobré.

Tabulka 15 – Tvrzení č. 23

Tvrzení č. 23	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Ve škole se mi daří. (0)	75	58,59%	36	44,44%	111	53,11%
Ve škole se mi daří hůře než dříve. (1)	37	28,91%	38	46,91%	75	35,89%
Nejdou mi už ani předměty, ve kterých jsem byl dříve dobrý. (2)	16	12,50%	7	8,64%	23	11,00%

Toto tvrzení se zaměřuje na to, jak respondenti vnímají sami sebe v porovnání s ostatními dětmi. Téměř polovina respondentů (49,76 %) se domnívá, že mohou být stejně dobří, jako ostatní děti, 36,84 % respondentů si myslí, že jsou stejně dobří jako ostatní děti. Poslední tvrzení „nikdy nebudu dobrý jako ostatní děti“ se vyskytovala u 13,40 % dotazovaných.

Tabulka 16 – Tvrzení č. 24

Tvrzení č. 24	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Jsem stejně dobrý jako ostatní děti. (0)	48	37,50%	29	35,80%	77	36,84%
Když chci, můžu být stejně dobrý, jako ostatní děti. (1)	61	47,66%	43	53,09%	104	49,76%
Nikdy nebudu dobrý jako ostatní děti. (2)	19	14,84%	9	11,11%	28	13,40%

Shrnutí

Na základě výsledných průměrných hodnot bylo zjištěno, že tato subškála měla nejvyšší průměrnou hodnotu ($=2,67$ (33,43 %)) ze všech jednotlivých subškál. Což značí, že v tomto subtestu většina respondentů odpovídala spíše negativně, tudíž se zde projevovaly největší depresivní projevy. V tomto subtestu se ukázalo, že 101 respondentů se domnívá, že všechno dělají dobře, 102 respondentů si myslí, že hodně věcí dělají špatně a pouze 6 respondentů si myslí, že všechno dělá špatně. Ohledně práce ve škole uvedlo 38 respondentů, že se k výkonu musí nutit, 88 z nich se musí do práce ve škole často nutit a 83 respondentům nedělá práce ve škole žádné potíže. Většina respondentů uvedla, že ve škole se jim daří, hůře se daří 75 respondentům a zbývajících 23 uvedlo, že jim nejdou ani ty předměty, ve kterých byli dobří. V těchto tvrzeních lze vidět, že mnohým respondentům se momentálně ve škole tolik nedaří, jako dříve. Někteří se musí k práci ve škole přemlouvat. Je zřejmé, že žákům a studentům aktuální výuka příliš nevyhovuje a spousta z nich nemůže najít motivaci k tomu, aby plnili zadané úkoly, což se rovněž

potvrdilo ve výpovědích žáků v závěrečných otevřených otázkách. V této subškále se také objevilo, jak respondenti vnímají sami sebe v porovnání s ostatními. Téměř polovina respondentů se domnívá, že mohou být stejně dobří, jako ostatní děti, 77 respondentů si myslí že jsou stejně dobří jako ostatní děti, což značí jistou míru sebevědomí. Nejméně zastoupená zde byla odpověď, že nikdy nebudou dobří jako ostatní děti, která se vyskytovala u 28 dotazovaných.

Subtest D – Anhedonie

V subtestu D je věnována pozornost anhedonii neboli neschopnosti potěšení. Zahrnuje otázky 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21 a 22. Rozpětí hodnot se zde pohybovalo od 1 do 15. Průměrná hodnota je 4,48 se směrodatnou odchylkou 3,02. Hraniční hodnoty T-skóre 65 a více dosáhlo 12 respondentů.

Zde byla nejvíce zastoupena odpověď „baví mě jenom něco“, což uvedlo 51,67 % respondentů. Možnost „mnoho věcí mě baví“ zaškrtnulo 44,02 % respondentů. Zbývajících 4,31 % uvedlo, že je nic nebaví. U této odpovědi opět převládají více dívky nad chlapci.

Tabulka 17 – **Tvrzení č. 4**

Tvrzení č. 4	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Mnoho věcí mě baví. (0)	54	42,19%	38	46,91%	92	44,02%
Baví mě jenom něco. (1)	66	51,56%	42	51,85%	108	51,67%
Nic mě nebaví. (2)	8	6,25%	1	1,23%	9	4,31%

Z otázky ohledně spánku je zřejmé, že 64,59 % respondentů spí dobře, 28,71 % spí často špatně a 6,70 % dotazovaných označilo možnost, že spí každou noc špatně, přičemž je zde opět patrný rozdíl mezi dívkami a chlapci.

Tabulka 18 – **Tvrzení č. 16**

Tvrzení č. 16	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Spím dobře. (0)	81	63,28%	54	66,67%	135	64,59%
Často spím špatně. (1)	37	28,91%	23	28,40%	60	28,71%
Každou noc spím špatně. (2)	10	7,81%	4	4,94%	14	6,70%

Otázka mapující únavu ukazuje, že 38,76 % respondentů málokdy pociťují únavu, téměř polovina (49,76 %) často pociťuje únavu a 11,48 % dotazovaných se cítí pořád unavení.

Tabulka 19 – **Tvrzení č. 17**

Tvrzení č. 17	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Málokdy jsem unavený. (0)	41	32,03%	40	49,38%	81	38,76%
Často jsem unavený. (1)	71	55,47%	33	40,74%	104	49,76%
Pořád jsem unavený. (2)	16	12,50%	8	9,88%	24	11,48%

Z našich respondentů uvedlo 70,81 %, že mají chuť k jídlu, 21,53 % dotazovaných uvedlo možnost, že často nemají chuť k jídlu a 7,66 % respondentů tvrdí, že většinou nemají chuť k jídlu. V tomto případě můžeme rovněž zaznamenat rozdíl mezi pohlavími. Výsledky potvrzují také fakt, že se tato problematika vyskytuje více u dívek.

Tabulka 20 – **Tvrzení č. 18**

Tvrzení č. 18	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Mám chuť k jídlu. (0)	82	64,06%	66	81,48%	148	70,81%
Často nemám chuť k jídlu. (1)	33	25,78%	12	14,81%	45	21,53%
Většinou nemám chuť k jídlu. (2)	13	10,16%	3	3,70%	16	7,66%

Z tabulky lze vyčíst, že 31,58 % dotazovaných se nestará o své starosti a bolesti, více než polovina (55,02 %) respondentů uvedla, že je často trápí nějaké starosti a bolesti a 13,40 % respondentů pořád trápí různé starosti a bolesti.

Tabulka 21 – **Tvrzení č. 19**

Tvrzení č. 19	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Nestarám se o různé své starosti a bolesti. (0)	28	21,88%	38	46,91%	66	31,58%
Často mě trápí různé starosti a bolesti. (1)	82	64,06%	33	40,74%	115	55,02%
Pořád mě trápí různé starosti a bolesti. (2)	18	14,06%	10	12,35%	28	13,40%

Z výzkumného souboru uvedlo 59,33 % dotazovaných, že nepocítují samotu. Možnost „často se cítím sám“ zvolilo 30,14 % respondentů a zbývajících 10,53 % respondentů pocítuje samotu pořád. I zde je výrazný rozdíl mezi pohlavími, kdy dívky více pocítují samotu než chlapci.

Tabulka 22 – **Tvrzení č. 20**

Tvrzení č. 20	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Necítím se sám. (0)	61	47,66%	63	77,78%	124	59,33%
Často se cítím sám. (1)	48	37,50%	15	18,52%	63	30,14%
Pořád se cítím sám. (2)	19	14,84%	3	3,70%	22	10,53%

Z vyhodnocení otázky vyplývá, že 66,99 % respondentů často zažívá ve škole legraci, 28,23 % respondentů zažívá legraci ve škole málokdy a 4,78 % dotazovaných uvedlo, že nikdy ve škole nezažívá legraci.

Tabulka 23 – **Tvrzení č. 21**

Tvrzení č. 21	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Často mám ve škole legraci. (0)	85	66,41%	55	67,90%	140	66,99%
Málokdy mám ve škole legraci. (1)	39	30,47%	20	24,69%	59	28,23%
Ve škole nemám nikdy legraci. (2)	4	3,13%	6	7,41%	10	4,78%

Hodně kamarádů má 59,81 % dotazovaných, 34,93 % má několik kamarádů, ale přáli by si jich mít více a 5,26 % respondentů se domnívá, že nemají žádné kamarády.

Tabulka 24 – **Tvrzení č. 22**

Tvrzení č. 22	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Mám hodně kamarádů. (0)	66	51,56%	59	72,84%	125	59,81%
Mám několik kamarádů, ale chtěl bych jich mít víc. (1)	54	42,19%	19	23,46%	73	34,93%
Nemám žádné kamarády. (2)	8	6,25%	3	3,70%	11	5,26%

Shrnutí

U této subškály byla zjištěna rovněž vysoká průměrná hodnota (=4,47 (27,99 %)), což značí, že respondenti ve většině případů v tomto subtestu odpovídali spíše negativně. Lze tedy říci, že se zde objevuje vyšší míra depresivity. Co se týče otázky ohledně zábavy, 108 respondentů uvedlo, že je baví jenom něco a 9 z nich uvedlo, že je nic nebaví, což je dohromady více než polovina dotazovaných. Dospívající jedinci mohou momentálně pociťovat nudu z každodenní rutiny a mohou mít pocit, že je spousta věcí nebaví. Ohledně spánku respondenti odpovídali spíše pozitivně, že nemají problémy se spánkem. Často se spí špatně 60 respondentům a 14 respondentů uvedlo, že se jim spí špatně každou noc. Se spánkem souvisí rovněž únava. V otázce mapující únavu téměř polovina respondentů uvedla, že se cítí často unaveni a celkem 24 respondentů se cítí pořád unaveně. Zvýšené pocity únavy a problémy se spánkem mohou souviset s častým sezením u počítače, kterému se vzhledem k současné distanční výuce, spousta dospívajících jedinců bohužel nevyhne. Únava může rovněž souviset s nedostatkem pohybu nebo s nevyváženou stravou. V tomto subtestu je rovněž zaměřená otázka ohledně chuti k jídlu, kdy větší část respondentů uvedla, že má chuť k jídlu. Problémy s chutí k jídlu pociťuje celkem 61 dotazovaných, přičemž zde výrazně vyčnívají dívky nad chlapci. V oblasti starostí a problémů se více než polovina dotazovaných často trápí

s nějakými starostmi či bolestmi, které mohou být způsobeny například problémy v mezilidských či partnerských vztazích, zvýšenou náročností ze strany školy či rodičů. Časté pocity osamocení jsou velmi charakteristické pro některé dospívající jedince, avšak v tomto výzkumném souboru se prokázalo, že se 124 dotazovaných – tedy více než polovina, necítí osamoceni. Časté pocity samoty pociťuje 63 respondentů a 22 z celého výzkumného souboru uvedlo, že se cítí sami pořád. Poslední otázka mapující počet kamarádů zjistila, že 125 respondentů má hodně kamarádů, 73 dotazovaných by jich chtělo více a zbylých 11 respondentů se domnívá, že nemají žádné kamarády. Přátelství a citové vazby jsou zejména v této době velmi podstatnou záležitostí. Pokud někteří dospívající prožívají pocity osamocení, často tyto pocity mohou vést k negativním myšlenkám a k domněnkám, že nemají žádné přátele.

Subtest E – Snížené sebehodnocení

Subtest E se zabývá sníženým sebehodnocením a je tvořen otázkami 2, 7, 9, 14 a 25. Rozpětí hodnot se pohybovalo od 0 do 10. Průměrná hodnota je 2,50 a směrodatná odchylka 2,01. Hraniční hodnota T-skóre 65 a více byla zjištěna u 23 respondentů.

Z výsledků je zřejmé, že 21,53 % dotazovaných se domnívá, že se jim všechno daří, 68,42 % respondentů si nejsou jistí, jestli se jim daří a zbylých 10,05 % respondentů uvedlo, že se jim nic nedaří.

Tabulka 25 – **Tvrzení č. 2**

Tvrzení č. 2	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Všechno se mi daří. (0)	21	16,41%	24	29,63%	45	21,53%
Nejsem si jistý, jestli se mi daří. (1)	95	74,22%	48	59,26%	143	68,42%
Nic se mi nedaří. (2)	12	9,38%	9	11,11%	21	10,05%

Z tabulky vyplývá, že drtivá většina respondentů (72,73 %) se má ráda, 22,01 % respondentů uvedlo, že se nemají rádi a 5,26 % respondentů zvolilo možnost „nenávidím se“. Rozdíl v kladném sebepojetí je mezi chlapci a dívkami přes 20 %.

Tabulka 26 – **Tvrzení č. 7**

Tvrzení č. 7	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Mám se rád. (0)	83	64,84%	69	85,19%	152	72,73%
Nemám se rád. (1)	37	28,91%	9	11,11%	46	22,01%
Nenávidím se. (2)	8	6,25%	3	3,70%	11	5,26%

Zejména této otázce je nutné věnovat zvýšenou pozornost, neboť se jedná o sebevražedné tendence. Větší část respondentů (77,51 %) nepřemýšlí nad sebevraždou, 21,05 % dotazovaných o sebevraždě přemýšlelo, ale neudělali by to. Možnost „chci se zabít“ zvolilo 1,44 % respondentů, konkrétně 3 dívky.

Tabulka 27 – **Tvrzení č. 9**

Tvrzení č. 9	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Nemyslím na to, že bych se zabil. (0)	94	73,44%	68	83,95%	162	77,51%
Přemýšlím o tom, že bych se zabil, ale neudělal bych to. (1)	31	24,22%	13	16,05%	44	21,05%
Chci se zabít. (2)	3	2,34%	0	0,00%	3	1,44%

Z tabulky je patrné, že 30,14 % dotazovaných o sobě říká, že vypadají dobře, 59,33 % respondentů si myslí, že některé věci na nich nejsou hezké a 10,53 % respondentů se domnívá, že vypadají ošklivě.

Tabulka 28 – **Tvrzení č. 14**

Tvrzení č. 14	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Vypadám dobře. (0)	35	27,34%	28	34,57%	63	30,14%
Některé věci na mně nejsou hezké. (1)	79	61,72%	45	55,56%	124	59,33%
Vypadám ošklivě. (2)	14	10,94%	8	9,88%	22	10,53%

Z vyhodnocení výsledků tohoto tvrzení vyplývá, že 77,51 % respondentů si myslí, že je má určitě někdo rád, 20,57 % dotazovaných si nejsou jistí, jestli je má někdo rád a 1,91 %, konkrétně 3 dívky a 1 chlapec si myslí, že je nikdo nemá doopravdy rád.

Tabulka 29 – **Tvrzení č. 25**

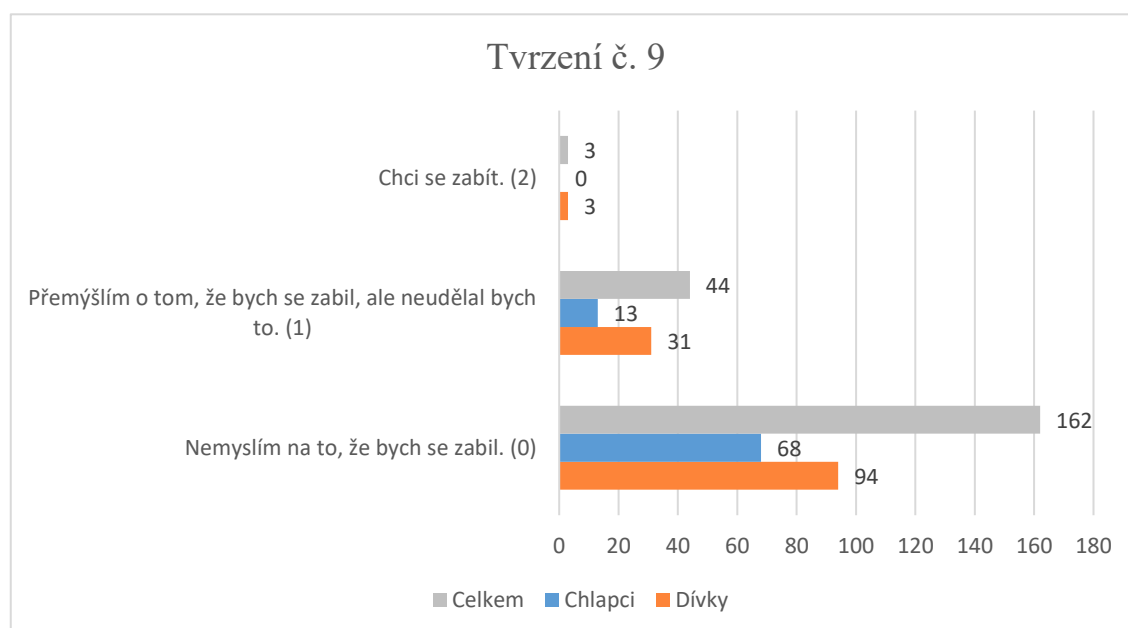
Tvrzení č. 25	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	%
Někdo mě určitě má rád. (0)	96	75,00%	66	81,48%	162	77,51%
Nevím, jestli mě má někdo rád. (1)	29	22,66%	14	17,28%	43	20,57%
Nikdo mě nemá doopravdy rád. (2)	3	2,34%	1	1,23%	4	1,91%

Shrnutí

Dle výsledků se v této subškále průměrné hodnoty pohybovaly na druhé nejnížší příčce (=2,49 (24,98 %), tudíž se zde objevovala menší míra depresivity. Rovněž to značí, že se u výzkumného souboru dospívajících vyskytuje více jedinců se zdravým sebevědomím. Co se týče otázky ohledně úspěchu, nejvíce respondentů uvedlo, že si nejsou jistí, zda se jim daří a 21 respondentů tvrdí, že se se jim nic nedaří. V tomto výzkumném souboru někteří respondenti v závěrečných otevřených otázkách rovněž uváděli, že neúspěch mnohým z nich dokáže zhoršit náladu. Další otázka mapující vztah respondentů k sobě

samému ukazuje, že většina respondentů se má rádo, přesněji to uvedlo 152 z nich. Nemá se rádo 46 respondentů a 11 respondentů uvedlo, že se nenávidí. V tomto subtestu je důležité se zaměřit především na otázku č. 9, která zkoumá suicidální tendence u jedince. Této otázce je věnována větší pozornost až v následujícím odstavci, kde je podrobněji rozebrána. V následujícím tvrzení 63 respondentů uvedlo, že vypadají dobře a naopak 22 respondentů si myslí, že vypadají ošklivě. Poslední tvrzení věnuje pozornost tomu, jak respondenti hodnotí, zda je má někdo rád. Nejčastěji uváděli respondenti možnost, že je někdo má určitě rád, 43 z nich uvedlo, že nevědí, jestli je má někdo rád a 4 z respondentů tvrdí že je nikdo nemá doopravdy rád.

Zvláštní důraz je kladen na otázku č. 9. Jelikož v adolescenci je vyšší riziko sebevražedného chování než u dospělých, je důležité věnovat této otázce větší pozornost. Otázka je zaměřena na zamýšlené suicidální jednání. Respondenti měli zvolit jednu z možností: „Nemyslím na to, že bych se zabil.“ „Přemýšlím o tom, že bych se zabil, ale neudělal bych to.“ „Chci se zabít.“ Z následujícího grafu je patrné, že z celého výzkumného souboru 3 respondenti, respektive 3 dívky, uvedly možnost „Chci se zabít.“ Jedná se o dvě dívky ze základní školy a jednu dívku ze střední školy. Bohužel vzhledem k anonymitě dotazníku nelze vyhledat respondentky, které zvolily tuto odpověď, aby jim mohla být věnována dostatečná péče pro řešení tohoto problému či situace, která je vede k tomuto jednání.

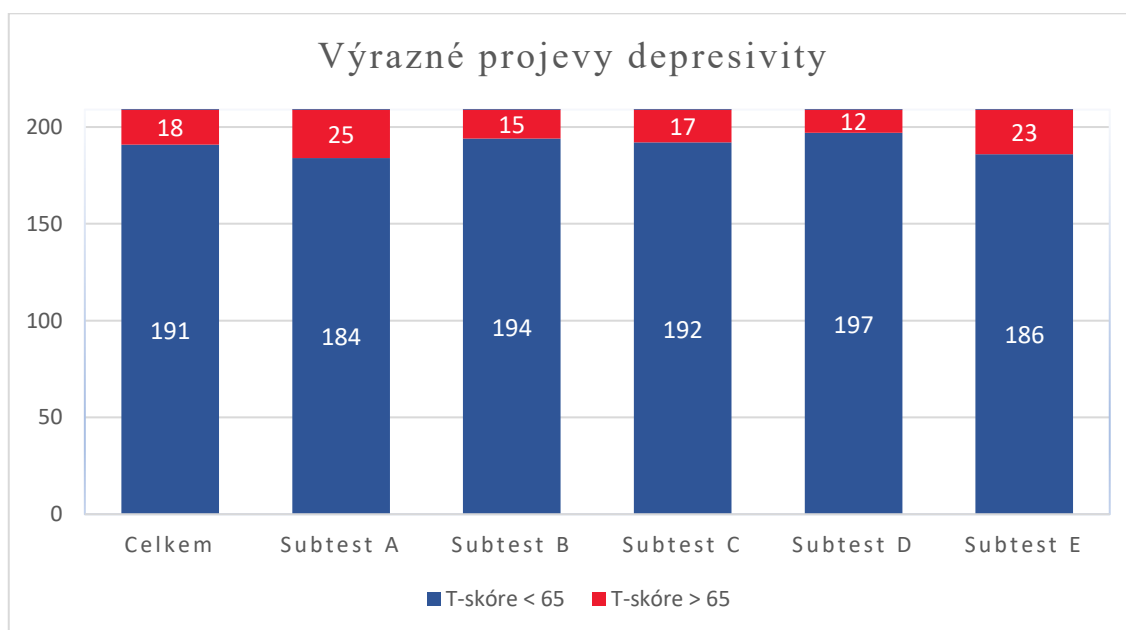


Graf 6 – Tvrzení č. 9

Celkový skór deprese

Průměrná hodnota celkového skóru je 14,48 a směrodatná odchylka 8,60. Hraniční hodnoty T-skóru 65 a více dosáhlo celkem 18 respondentů.

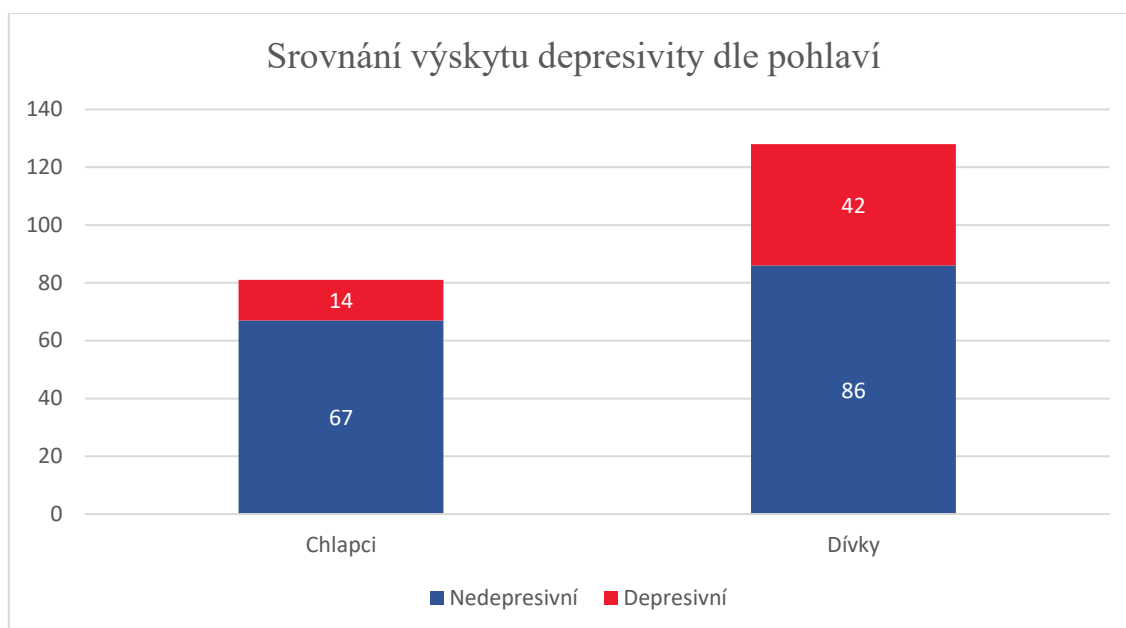
Tento graf ukazuje počet respondentů, kteří dosáhli hraniční hodnoty T-skóre 65 a více v jednotlivých subškálách. Překročení hranice 65 bodů značí závažnost jednotlivých depresivních projevů. Rovněž je v tomto grafu zobrazen počet respondentů, kteří jsou pod touto danou hranicí. Z grafu je patrné, že hraniční hodnoty 65 a více dosáhlo nejvíce respondentů u subškály A, tedy u špatné nálady. Tudíž v této subškále se prokázaly největší závažné projevy depresivity. Špatnou náladu můžeme přikládat například k aktuální situaci, kdy jsou na mnohé dospívající kladeny vysoké nároky, ať už ze strany školy či rodičů. Důvodem špatné nálady mohou být například i mnohá aktuální omezení, které znesnadňují dospívajícím se scházet se svými kamarády nebo příbuznými, být přítomni ve škole na prezenční výuce či smysluplně využít volný čas.



Graf 7 – Výrazné projevy depresivity

Genderové rozdíly ve výskytu a míře depresivity

Jedním z cílů této práce je rovněž zjistit výskyt depresivity v závislosti na pohlaví. Následující graf ukazuje, že hraniční hodnoty 20 bodů dosáhlo 42 (33 %) dívek a 14 (17 %) chlapců. Lze tedy konstatovat, že dívky vykazují mnohem větší depresivní projevy než chlapci. Což také potvrzuje hypotézu H1.



Graf 8 – Srovnání výskytu depresivity dle pohlaví

V následující tabulce jsou uvedeny průměrné hodnoty obou pohlaví z celkového šetření CDI a rovněž v jednotlivých subškálách. Průměrná hodnota je zde rovněž uvedena v procentech, vzhledem k rozdílnému počtu otázek v jednotlivých subtestech. Dívky měly celkové vyhodnocení testu v průměru o 3,73 bodů vyšší než chlapci. Zajímavostí je, že dívky i chlapci dosahovali nejvyšších hodnot v subtestu C, tedy v nevykonnosti. Nevykonnost je také jediný subtest u kterého měli více bodů chlapci než dívky. Nicméně rozdíl je velmi malý. U dívek se objevovaly rovněž vysoké hodnoty v subtestu A, který se týká špatné nálady a v subtestu D, který se zaměřuje na anhedonii. Mezi těmito subtesty není výrazná odchylka v porovnání s nejvyšší procentuální hodnotou v subtestu C. V případě chlapců se mimo nejvyšší hodnoty dosažené v subtestu C dále objevovaly vysoké hodnoty rovněž u subtestů A – Špatná nálada, D – Anhedonie, E – Snížené sebehodnocení. V těchto třech subtestech se taktéž neobjevují výrazné odchylky hodnot v porovnání s nejvyšší procentuální hodnotou v subtestu C. Naopak nejnižší hodnoty můžeme zaznamenat u obou pohlaví v subtestu B, týkající se interpersonálních problémů.

Z tabulky lze vyčíst, že dívky ve všech subškálách dosahovaly vyšších hodnot než chlapci. Průměrná hodnota je převedena na procenta z důvodu jiného počtu otázek v každém subtestu a takto lze porovnat výsledky z jednotlivých subtestů mezi sebou.

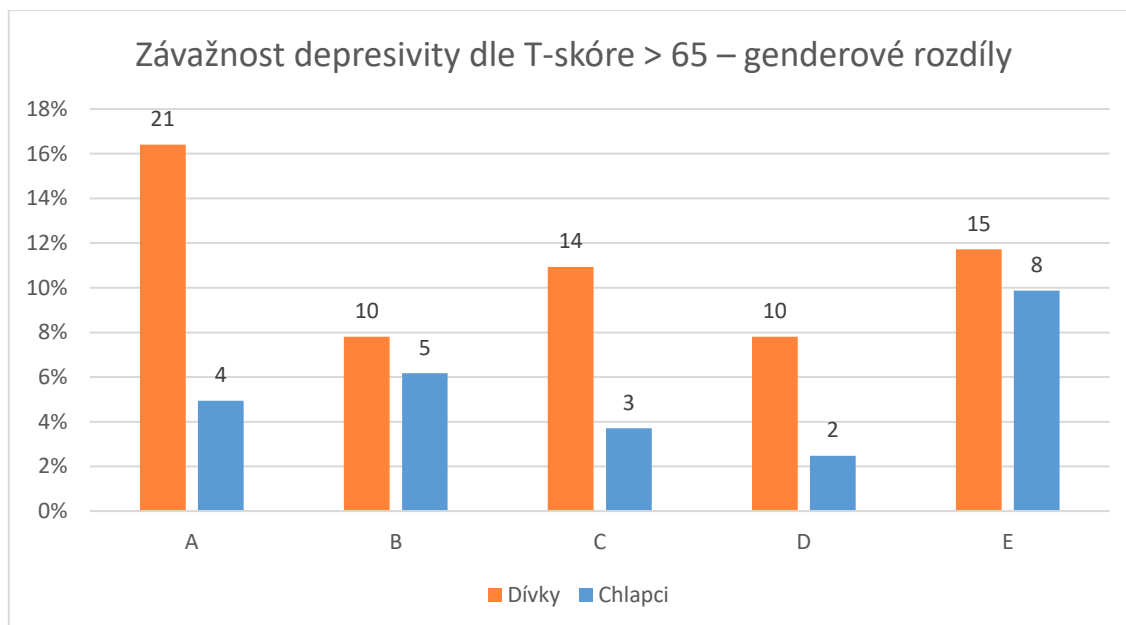
Největší rozdíly můžeme vidět mezi subškálami A, zaměřující se na špatnou náladu (=32,81 % a 22,22 %) a v subtestu D, zaměřující se na Anhedonii (=31,79 % a 21,99 %).

Tabulka 30 – Průměrné hodnoty v jednotlivých subtestech s genderovými rozdíly

Průměr	Celkový	A	B	C	D	E
Dívka	15,92 (29,48 %)	3,93 (32,81 %)	1,52 (19,04 %)	2,63 (32,91 %)	5,08 (31,79 %)	2,74 (27,42 %)
Chlapec	12,19 (22,59 %)	2,66 (22,22 %)	1,16 (14,51 %)	2,74 (34,26 %)	3,51 (21,99 %)	2,11 (21,11 %)
Celkový součet	14,47 (26,81 %)	3,44 (28,71 %)	1,38 (17,28 %)	2,67 (33,43 %)	4,47 (27,99 %)	2,49 (24,98 %)

V následujícím grafu je velikost sloupců podle levé osy v procentech a nejlépe odráží reálný rozdíl mezi odpověďmi dívek a chlapců při rozdílném počtu respondentů obou skupin. V grafu je také uvedený nad jednotlivými sloupci celkový počet respondentů, kteří v rámci T-skóre přesáhli hranici 65 a více bodů.

Pokud se zaměříme na popis výsledků dle T-skóre, tak následující graf zachycuje počet dívek a chlapců, kteří v rámci T-skóre překročili hodnotu 65 na jednotlivých subškálách. Graf ukazuje, že u dívek byly zaznamenány vyšší hodnoty ve všech subškálách, než u chlapců. Dívky nejvíce skórovaly na subškále A – Špatná nálada a na subškále E – Snížené sebehodnocení. Chlapci nejvíce skórovali rovněž na subškále E – Snížené sebehodnocení a na subškále B – Interpersonální potíže.

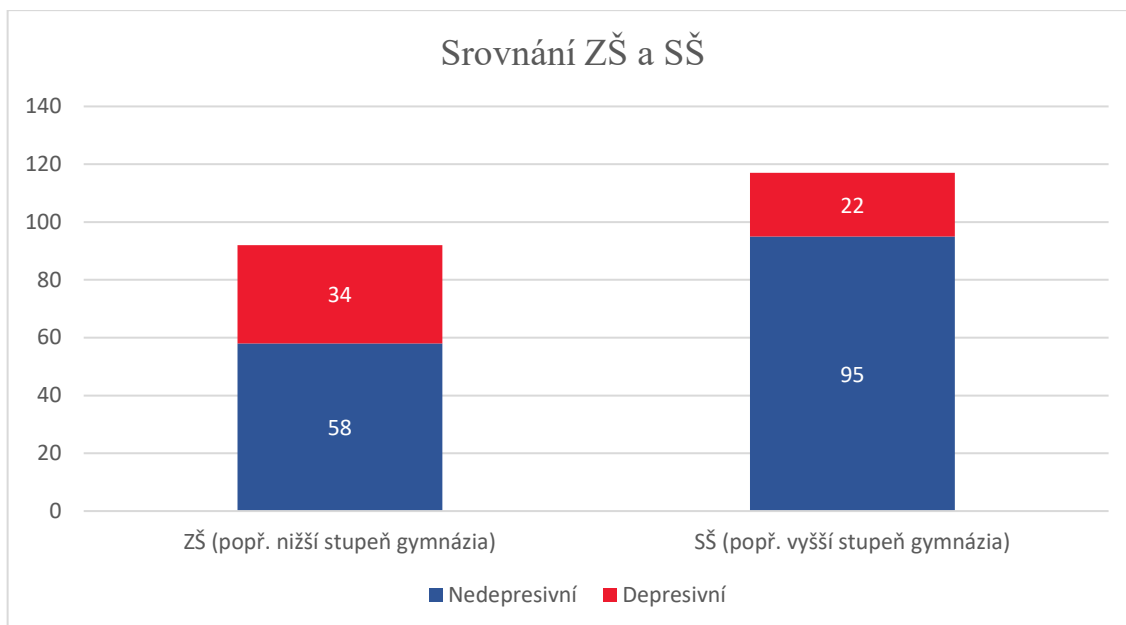


Graf 9 – Závažnost depresivity dle T-skóre > 65 – genderové rozdíly

Rozdíly v odpovědích mladších a starších adolescentů

Za porovnání určitě také stojí odpovědi mladších a starších adolescentů. V rámci základních škol byly zkoumány 7.–9. třídy, tedy kde se nachází cílová skupina mladších adolescentů. Do této skupiny byly zařazeni i žáci nižšího stupně gymnázia. A v rámci středních škol, v tomto případě gymnázií, byly zkoumány všechny ročníky s výjimkou prvního stupně nižšího stupně gymnázia.

Graf ukazuje, že hranici 20 bodů překročilo na základních školách (či nižším stupni gymnázia) 34 respondentů a na střední škole 22 respondentů. Lze tedy konstatovat, že na základních školách se vyskytuje více depresivních jedinců než na středních školách, což falsifikuje hypotézu H2.



Graf 10 – Srovnání ZŠ a SŠ

B. Vyhodnocení otevřených otázek

Vzhledem k aktuálnímu trendu zvyšujícího se výskytu úzkosti a deprese v souvislosti s COVID-19, byla testová baterie rozšířena o 4 otázky. Otázky cílí zejména na to, jak se respondenti momentálně cítí, co nejvíce ovlivňuje jejich náladu a případně jak si dokážou zlepšit špatnou náladu. Otázky rovněž zjišťují pohled respondentů na současnou situaci spojenou s onemocněním COVID-19. Neboť sociální izolace a nemožnost setkávat se s přáteli a blízkými osobami, je některými autory pokládáno za jeden z možných faktorů vzniku deprese. Díky těmto otázkám můžeme rovněž určit, které faktory nejvíce mohou z pohledu adolescentů ovlivňovat jejich špatnou náladu, a naopak které mohou působit protektivně. Účelem těchto otázek je zjistit, jak jsou adolescenti schopni reagovat na své negativní pocity, co jim pomáhá s takovou náladou bojovat a v čem spatřují záchranu proti špatné náladě. Rovněž těmito otázkami můžeme zjistit různé signály, které mohou být spouštěčem deprese.

Otevřené otázky byly zvoleny z toho důvodu, aby měli respondenti možnost se více rozepsat a díky anonymitě se většina dotazovaných ve svých výpovědích poměrně otevřela.

„Co Vám pomáhá proti špatné či smutné náladě?“

První otázka mapuje faktory, které mohou působit jako protektivní vůči špatné nebo smutné náladě. Drtivá většina respondentů uvedla, že zahání smutek či špatnou náladu poslechem hudby, přesněji se tato odpověď objevovala u 76 respondentů. Velká část dotazovaných odpovídala, že proti špatné náladě jim hodně pomáhá rodina, blízcí, kamarádi, partner či partnerka a domácí mazlíčci. V souvislosti se vztahy respondenti často uváděli, že jim pomáhá si s někým blízkým popovídat nebo se někomu z nich svěřit. Respondenti taktéž často uváděli, že proti špatné náladě jim pomáhá jakýkoliv sport, cvičení, posilování, procházka či kterýkoliv pohyb na čerstvém vzduchu. Pro mnohé respondenty je rovněž důležité věnovat se svým oblíbeným činnostem či koníčkům, jako je například hraní na hudební nástroj, kreslení, sport, zpěv, hraní na počítači a podobně. Další častou odpovědí bylo, že proti špatné náladě respondentům pomáhá odpočinek, spánek, jídlo, odreagování se v podobě čtení knihy či sledování filmu a seriálu.

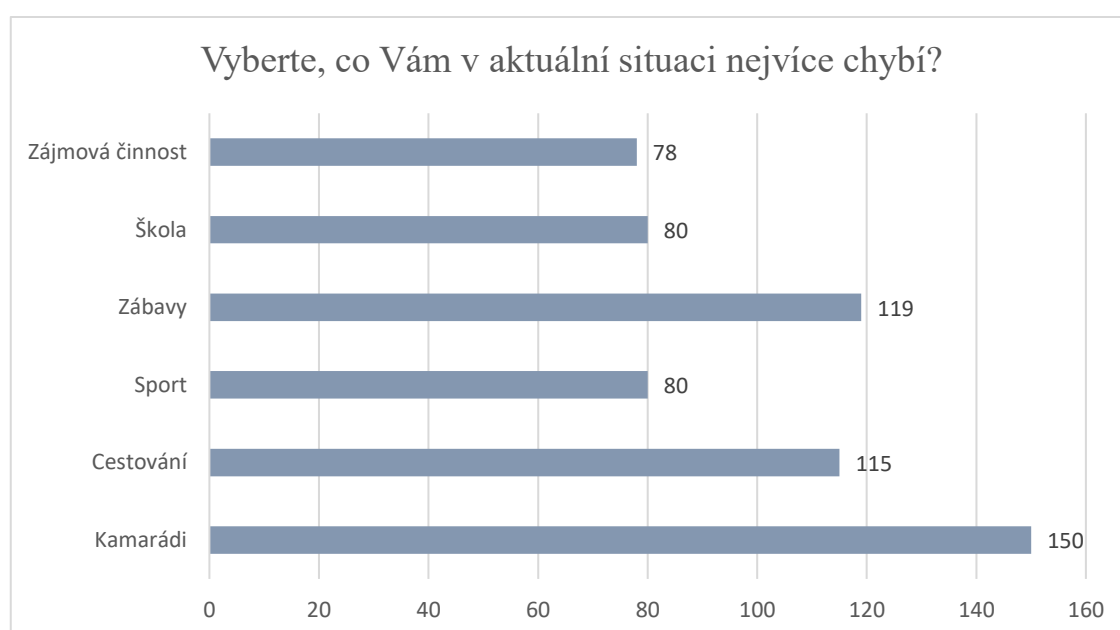
„Co Vám naopak náladu zhoršuje? Kvůli čemu se cítíte smutní?“

Druhá otázka se zaměřovala naopak na to, co dokáže respondentům náladu zkazit a kvůli čemu se cítí smutní. Nejčtenější odpovědi se týkaly školy, kdy 40 respondentů uvedlo, že jim zhorší náladu nebo se cítí smutni, pokud mají špatné výsledky či známky ve škole. Dotazovaným také dokáže zkazit náladu, když se jim nedaří nebo když zažívají neúspěch, což uvedlo 15 respondentů. Co se týče vztahů, 18 respondentů uvedlo, že jim dokáže zkazit náladu hádka s blízkou osobou a kvůli tomu se pak cítí smutní. Dále se také objevovaly odpovědi, že se cítí kvůli aktuální situaci smutní a osamocení, protože se nemohou stýkat se svými kamarády a blízkými. Objevovaly se také odpovědi v podobě špatných vzpomínek, myšlenek či pocitů a až nadměrného přemýšlení, což často ovlivňuje náladu respondentů. Ve třech případech, konkrétně u třech dívek, se vyskytla odpověď, že pohled do zrcadla jim dokáže vyvolat špatnou či smutnou náladu.

„Vyberte, co Vám v aktuální situaci nejvíce chybí?“

Tato otázka byla položena formou polouzavřené otázky, kdy respondenti měli na výběr z několika položek: možnost setkávat se s kamarády, sport, cestování, zábavy/společenské akce, škola, zájmové činnosti/kroužky a položku jiné, kde mohli napsat jinou možnost, která nebyla uvedena.

Z těchto položek byla nejvíce zastoupena odpověď možnost setkávat se s kamarády, druhou nejčastější odpovědí byly zábavy a společenské akce, dále cestování, sport a škola, jako poslední zájmová činnost/kroužky sport. V položce „jiné“ se například objevovaly odpovědi stýkání se s rodinou, partnerem či partnerkou, koncerty a nedostatek času na záliby.



Graf 11 –Vyberte, co Vám v aktuální situaci nejvíce chybí?

„Popište, jaké jsou vaše aktuální pocity, nálady, které prožíváte během karantény a izolace v souvislosti se současnou epidemiologickou situací COVID-19.“

Zde se respondenti většinou nejvíce rozepsali o svých aktuálních pocitech, náladách a jak se momentálně cítí. U této otázky se odpovědi velmi různily, tudíž bylo získáno spoustu rozdílných, rozmanitých a zajímavých odpovědí. Respondenti se dělili do skupin na ty, u kterých převažuje při aktuální situaci stále pozitivní nálada, další skupinou jsou ti, u kterých převažují smíšené či neutrální pocity a nálady a poslední skupinou jsou ti, kteří vnímají aktuální situaci negativně. Odpovědi byly rozděleny podle toho, jak jsem

vnímala výroky respondentů a zařadila je do pomyslných skupin na pozitivní, neutrální či negativní.

Velmi dobrou zprávou je, že u velké části respondentů, přesněji u 61 dospívajících neustále převládá dobrá nálada, optimismus, radost, naděje, pozitivní myšlení a přístup. Tito respondenti často zmiňovali, že jsou vděční za to, že jsou zdraví oni sami či jejich blízcí. Rovněž jsou vděční za to, že mají kolem sebe rodinu a nejbližší, kteří jim v těžších chvílích pomohou. Respondenti v této skupině jsou povětšinou spokojení, nic je neomezuje, a naopak berou tento čas jako možnost, kdy se mohou věnovat sami sobě. Snaží se využít co nejlépe svůj volný čas, věnovat se aktivitám, které je baví a naplňují a mají snahu si najít svou vlastní zábavu. Rovněž u většiny z nich přetrvávají stejné pocity jako před celou epidemiologickou situací.

Co se týče „neutrální“ skupiny, zde se objevovaly často odpovědi v podobě smíšených pocitů. Někteří respondenti uváděli, že neví, jaké jsou jejich aktuální pocity nebo že je nedovedou popsat. Tato skupina respondentů také často uváděla, že jejich nálady jsou velmi střídavé, cítí se tedy kvůli aktuální situaci smutně, ale zároveň se snaží věnovat se svým oblíbeným aktivitám a pozitivum spatřují v tom, že mají čas sami na sebe a na svůj osobní rozvoj. V této skupině bylo zastoupeno 47 respondentů.

Nejvíce zastoupenou skupinou však byla ta, u které se nejvíce objevují negativní a pesimistické pocity a nálady, tvořilo ji přesně 101 respondentů. Objevovali se odpovědi v podobě negativních myšlenek, prázdnoty a pesimismu. U této skupiny respondentů převládají pocity smutku, které jsou spojené s nemožností vidat své kamarády a blízké či s omezením sociálního kontaktu. Dále se u nich objevují pocity osamělosti, bezmoci, prázdnoty, nejistoty, vyčerpání a frustrace. Frekventovaná byla taktéž odpověď, že dotazovaní mají strach a obavy o své blízké v souvislosti s onemocněním COVID-19. Co se týče studia, často byly zastoupeny odpovědi v podobě demotivace, znechucení a slabé vůle se donutit k učení. Vzhledem k distanční výuce se také objevovaly odpovědi, že se respondenti cítí unavení z důvodu sezení u počítače po celý den. Dále se také vyskytovaly odpovědi, že jsou na žáky a studenty kladeny vysoké nároky ze strany učitelů a následně mají žáci a studenti pocit, že výuku nezvládají a nestíhají plnit všechny zadané úkoly. Někteří dotazovaní uváděli, že zažívají stres, stereotyp a stále tu stejnou denní rutinu. Častou odpovědí také byla ta, že respondentům chybí normální život před pandemií, chybí jim kamarádi, škola, společenské akce a rovněž možnost prožívat nové zážitky ze studentských let.

5.6 Verifikace hypotéz

Tato část se zaměřuje na verifikaci hypotéz, které byly stanoveny na začátku práce a které byly vytvořeny pro účely výzkumného šetření. Hypotézy budou buď potvrzeny či vyvráceny na základě výsledků.

H1: Předpokládáme, že u dívek bude vyšší výskyt deprese než u chlapců.

Z Grafu 8 a Tabulky 30 je patrné, že u dívek se objevují větší depresivní sklony než u chlapců. V Grafu 8 je znázorněno, že z celkového výzkumného souboru dosáhlo hranici 20 bodů 42 (33 %) dívek oproti 14 (17 %) chlapcům. V Tabulce 30 jsou uvedeny průměrné hodnoty v jednotlivých subtestech, ve kterých dívky skórovaly výrazně více než chlapci. Na základě těchto výsledků lze hypotézu považovat za potvrzenou.

H2: Předpokládáme, že u studentů středních škol budou vyšší hodnoty deprese než u žáků základních škol.

Na základě výsledků a srovnání v Grafu 9 se mladší adolescenti ze základních škol prokázali jako více depresivní, než starší adolescenti ze středních škol. Dospívající ze základních škol se projevilo 34 s depresivními projevy a na středních školách pouze 22 dospívajících. Z tohoto důvodu je stanovená hypotéza vyvrácena.

H3: Předpokládáme že více jak 70 % dotazovaných adolescentů nikdy nepomyslelo na sebevraždu.

Z Tabulky 27 a Grafu 6 vyplývá, že nadpoloviční většina (77,51 %) respondentů z celého výzkumného souboru nemá sebevražedné tendence a nikdy nepomysleli na sebevraždu. Tuto stanovenou hypotézu tedy lze pokládat za potvrzenou.

Potvrzené hypotézy: H1, H3

Vyvrácené hypotézy: H2

5.7 Shrnutí výzkumného šetření a diskuze

Tato kapitola se zaměřuje na shrnutí dosažených výsledků dotazníkového šetření. Rovněž jsou v kapitole srovnány výsledky s jinými výzkumy, které byly provedeny v této oblasti.

Dotazník se skládal celkem z 34 otázek, přičemž první 3 položky se týkaly základních údajů o respondentech, ve kterých se o nich dozvídáme pohlaví, věk a zda studují základní či střední školu. V následujících 27 položkách byl obsažen CDI dotazník. Poslední 4 otevřené otázky zjišťovaly, co respondentům dokáže zhoršit a zlepšit náladu, co jim v aktuální situaci chybí a jaké jsou nálady a pocity adolescentů v souvislosti se sociální izolací a onemocněním COVID-19.

Hlavním cílem tohoto kvantitativního šetření bylo zjistit výskyt a míru depresivity u dospívajících jedinců ve věku od 12 do 19 let, a to především z hlediska pohlaví. Skrze dotazníky se podařilo získat celkem 209 respondentů ze základních a středních škol. Celkem se zúčastnilo 128 dívek a 81 chlapců. Z hlediska studované školy, se zúčastnilo 117 studentů ze středních škol (gymnázií, popř. – vyššího stupně gymnázia) a 92 žáků ze základních škol, popř. nižšího stupně gymnázia).

Z výzkumného šetření vyplývá, že hraničních hodnot 20 bodů a více dosáhlo celkem 56 (27 %) respondentů, což představuje poměrně vysoký počet vzhledem k velikosti výzkumného souboru. Lze tedy konstatovat, že depresivitu vykazovalo celkem 56 (27 %) respondentů, z čehož bylo 42 dívek a 14 chlapců. Co se týče rozdílů mezi mladšími a staršími adolescenty, větší depresivní projevy vykazovali mladší adolescenti, tedy žáci základních škol, případně studenti nižšího stupně gymnázia. Při zjišťování závažnosti depresivních projevů byli adolescenti rozděleny na skupiny s mírnými a výraznými projevy na základě využití T-skóre. Bez projevů depresivity je 158 (76 %) respondentů, mírné projevy byly zaznamenány u 29 (14 %) respondentů a výrazné projevy se objevovaly u 22 (11 %) respondentů.

V rámci výzkumného šetření byla kladena pozornost také na jednotlivé subškály CDI dotazníku. V tomto výzkumném šetření byla celková průměrná hodnota 14,47 se směrodatnou odchylkou 8,60. Vzhledem k normativnímu souboru s počtem respondentů 369 z roku 1998, kde byla průměrná hodnota pouze 8,7 bodů, je vidět značný rozdíl. (Kovacs, 1998). Pokud se podíváme na výzkum od Čermáka a kol. (2005, s. 229), i zde můžeme zaznamenat výrazný rozdíl. V tomto případě průměr všech subškál v CDI dotazníku představuje skóre 10,6 se směrodatnou odchylkou 5,4 bodů. V porovnání

s výzkumným šetřením v této práci jsou celkové průměrné hodnoty značně vyšší (=14,47), než v normativním souboru (=8,7) a ve výzkumném šetření od Čermáka a kol. (=10,6). Důvodem zvýšené depresivity mohou být různé sociální aspekty, které na jedince působí. Rozdíly depresivity mohou být i v tom, že v dnešní době jsou na dospívající jedince kladeny stále vyšší nároky, než jak tomu bylo v letech, kdy byl proveden výzkum normativního souboru.

Co se týče jednotlivých subškál, rovněž byla u každé zvlášť zjištěna průměrná hodnota, směrodatná odchylka a medián. V subtestu A, který se týkal špatné nálady, byl zjištěn průměr 3,44 (28,71 %) a směrodatná odchylka 2,20. Průměr uvedený v procentech ukazuje, že v této subškále byla druhá nejvyšší hodnota ze všech ostatních subškál. V rámci celkového skóre CDI a na základě využití T-skóre > 65, se v této subškále prokázaly nejvíce výrazné projevy depresivity (viz. Graf 7). T-skóre vyšší než 65 značí závažnost jednotlivých depresivních projevů. V tomto subtestu figurovaly položky týkající se smutku, přemýšlení o špatných věcech, pláče, nudy a soustředění. Všechny tyto aspekty mohou mít momentálně největší vliv na dospívající jedince, neboť většinu z nich sami adolescenti zmiňovali v otevřených otázkách. Na základě těchto odpovědí můžeme zjistit různé signály, které mohou být počínajícím stavem deprese či mohou značit sklony k nim. Lze konstatovat, že adolescenti v tomto výzkumném souboru mají problémy zejména v oblasti špatné nálady.

V subškále B – Interpersonální potíže byl zjištěn průměr 1,38 (17,28 %) se směrodatnou odchylkou 1,21. Výsledky ukázaly, že v této subškále byla nejnižší průměrná hodnota, tudíž v této oblasti nebyly zaznamenány výrazné potíže a projevy depresivity. Výsledky odpovědí v této oblasti mohou ovlivňovat různí sociální činitele působící na adolescenty. Rovněž mohou být odpovědi ovlivněny aktuální náladou adolescentů či psychickým rozpoložením jedinců.

Subškála C se zaměřovala na problematiku nevykonnosti. Průměrná hodnota zde byla 2,67 (33,43 %) a směrodatná odchylka 1,89. V rámci průměru uvedeného v procentech se tato subškála ukázala jako nejvíce problematická, neboť průměrná hodnota výsledků v tomto subtestu byla nejvyšší. Což značí zvýšenou míru depresivity v této oblasti. V této jediné subškále chlapci skórovali o něco více než dívky, ale jedná se pouze o nepatrný rozdíl. Adolescenti v této oblasti shledávali za nejvíce problematickou nevykonnost týkající se školy, kdy často respondenti uváděli, že k práci ve škole se musí nutit. Ohledně školy respondenti taktéž uváděli možnosti, že se jim ve škole daří hůře

a některým nejdou ani ty předměty, ve kterých dříve vynikali. Jak se ukázalo, oblast nevykonnosti se v tomto výzkumném souboru projevila jako nejvíce problematická. Důvodem těchto odpovědí mohou být různé aspekty či faktory, které na dospívající momentálně působí.

U subškály D, která se týkala anhedonie neboli neschopnosti vnímat a prožívat pozitivní emoce, byla průměrná hodnota 4,48 (27,99 %) a směrodatná odchylka 3,02. I v tomto subtestu byla zjištěna vysoká průměrná hodnota (=27,99 %), tudíž i v této oblasti se objevovala větší míra depresivity. Respondenty v tomto subtestu často trápí jejich starosti či bolesti, spousta z nich se cítí unavení či znudění. Co se týče pocitů osamocení, 63 respondentů uvádělo, že se cítí často sami a 22 respondentů uvedlo, že se osamocení cítí pořád. I tyto oblasti se podařilo zmapovat jako problémové v otevřených otázkách.

Poslední subtest E se zaměřoval na snížené sebehodnocení. V této subškále byl zjištěn průměr 2,49 (24,98 %) se směrodatnou odchylkou 2,01. Dle výsledků měla tato subškála druhou nejnižší průměrnou hodnotu, což značí menší míru depresivních projevů v oblasti sníženého sebevědomí. Objevovaly se zde otázky ohledně úspěchu, kde nejvíce zastoupenou odpovědí bylo, že si respondenti nejsou jistí, zda se jim daří. Podobné odpovědi se mimo jiné rovněž objevovaly v otevřených otázkách, kde respondenti popisovali, že kvůli svému neúspěchu se často cítí smutní. V tomto subtestu se objevila rovněž otázka, která se zaměřuje na to, jak respondenti mají rádi sami sebe. Drtivá většina respondentů odpověděla, že se mají rádi, 46 dotazovaných se nemá rádo a 11 respondentů uvedlo, že se nenávidí. Snížené sebevědomí a sebehodnocení je v dnešní době rovněž velkým problémem, neboť dospívající jedinci se především na sociálních sítích často srovnávají s ostatními. Nicméně v tomto výzkumném souboru více než polovina, přesně 152 respondentů uvedla, že se mají rádi. V tomto subtestu je zvláštní pozornost kladena zejména na otázku č. 9, která se zaměřovala na problematiku suicidálních tendencí. Výsledky ukázaly, že nadpoloviční většina respondentů (77,51 %) nikdy nepomyslela na sebevraždu. Tento výsledek tak potvrdil Hypotézu 3. O sebevraždě přemýšlelo celkem 21,05 % respondentů, ale nezabili by se. A poslední možnost, tedy „chci se zabít“ zvolily 3 dívky, přičemž se jedná o dvě dívky ze základní školy a jednu dívku ze střední školy.

Jedním z cílů této práce bylo také zjistit výskyt a míru depresivity v závislosti na pohlaví. V Grafu 8 je znázorněno, že hraniční hodnoty 20 bodů dosáhlo 42 (33 %) dívek a pouze 14 (17 %) chlapců. U dívek se tedy prokázaly mnohem větší depresivní projevy

než u chlapců. Pokud se zaměříme na popis výsledků pomocí T-skóre, tak hraniční hodnoty 65 bodů dosáhlo 70 dívek a 22 chlapců z celého výzkumného souboru. Rozdíly mezi pohlavími lze vidět i v Tabulce 30, kde dívky ve většině subškál skórovaly výrazně více než chlapci. V jednotlivých subškálách dívky i chlapci dosahovali nejvyšších hodnot v subškále zaměřující se na nevykonnost. Naopak nejnižší hodnoty byly zaznamenány u obou pohlaví v subtestu B, který se zabývá interpersonálními potížemi. Na základě těchto výsledků byla potvrzena Hypotéza 1.

Na základě otevřených otázek lze určit, které faktory můžeme dle adolescentů považovat za protektivní vůči špatné či smutné náladě a které lze považovat za rizikové. Na otázku: „Napište, co Vám pomáhá proti špatné či smutné náladě?“ respondenti často odpovídali, že proti špatné či smutné náladě jim pomáhá poslech hudby, pomoc rodiny, blízkých, přátel či partnerů. Dále sport, cvičení a jakýkoliv pohyb na čerstvém vzduchu je pro mnohé respondenty prospěšný. Většině respondentů rovněž pomáhá věnovat se svým oblíbeným aktivitám či koníčkům. Pro mnohé respondenty je také důležitý relax, odreagování se pomocí filmů, seriálů, čtení knihy nebo již zmiňovaným poslechem hudby. Za protektivní faktory depresivity tedy můžeme považovat tyto zmíněné aktivity, které převážně korespondují s uvedenými aktivitami v teoretické části práce, konkrétně ve čtvrté kapitole.

Druhá otevřená otázka zněla: „Napište, co Vám naopak náladu zhoršuje? Kvůli čemu se cítíte smutní?“ Respondenti často uváděli, že jim náladu dokáže zkazit škola, v souvislosti s neúspěchem či špatnými známkami ve škole. Často se respondenti cítili smutní kvůli hádce s blízkou osobou nebo když se cítí osamoceni. Respondenti rovněž uváděli, že jim náladu zhoršují špatné myšlenky či vzpomínky nebo nadměrné přemýšlení nad různými věcmi.

Třetí polouzavřená otázka se zaměřovala na to, co respondentům aktuálně nejvíce chybí. Otázka nabízela možnosti, ze kterých mohli respondenti vybírat. Z nabízených položek byla nejvíce zastoupena odpověď možnost stýkat se s kamarády, dále zábavy či společenské akce, cestování, stejný počet odpovědí se objevoval u sportu a školy a zájmová činnost či kroužky. Z odpovědí lze vyvodit, že pro mnohé dospívající jedince z tohoto výzkumného souboru je aktuálně nejvíce důležitý lidský kontakt a rovněž mezilidské vztahy, cestování, pohyb, škola a možnost věnovat se oblíbeným činnostem.

Poslední otázka se zaměřovala na pocity a nálady adolescentů související s aktuální epidemiologickou situací COVID-19 a sociální izolací. „Popište, jaké jsou vaše aktuální

pocity, nálady, které prožíváte během karantény a izolace v souvislosti se současnou epidemiologickou situací COVID-19.“ V této otázce se odpovědi respondentů velmi různily. Někteří respondenti uváděli, že se snaží aktuální situaci tolik neprožívat, soustředí se především na sebe a na svůj osobní rozvoj a většinou u nich přetrvává nadále optimistický pohled. Pro některé respondenty je těžké popsat své pocity, většinou se u nich střídají nálady a rovněž se snaží využít smysluplně svůj volný čas. Nejvíce se však objevovaly spíše negativní a pesimistické nálady, pocity a myšlenky. Dále pak smutek, pocity osamělosti, vyčerpání, strach a obavy o sebe či své blízké v souvislosti s onemocněním covid-19, demotivace ve škole, slabá vůle se k něčemu donutit, únava, stres, stereotyp (nuda). Sociální izolaci lze tedy považovat za jeden z rizikových faktorů vzniku depresivity či depresivního onemocnění.

Při realizaci výzkumného šetření byly stanoveny tři hypotézy. Hypotézy byly stanoveny na základě reálných výzkumných šetření, které se zaměřovaly na tuto problematiku. Ze tří stanovených hypotéz byly potvrzeny dvě hypotézy a jedna hypotéza byla vyvrácena.

Závěrem bych ráda zmínila, že pokud bych konala výzkumné šetření znovu, postupovala bych téměř totožným způsobem. Nicméně zaměřila bych se více na konkrétnější otevřené otázky, které by mohly zajistit přesnější výsledky. Rovněž bych se zaměřila více na elektronickou distribuci dotazníku s cílem dosáhnout většího počtu respondentů, a to především cestou náhodného výběru. Výstup této práce může být podnětem pro tvorbu preventivních programů, které by věnovaly pozornost právě problematice deprese u adolescentů.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou depresivity u adolescentů a rovněž faktory, které mohou působit buď protektivně, nebo naopak přispívají ke vzniku deprese. Práce se snaží o ucelené pojednání o této problematice a poukázat na důležitost tématu, kterému by měla být věnována dostatečná pozornost. Hlavním cílem této práce bylo zjistit výskyt a míru depresivity u adolescentů, zejména pak z hlediska pohlaví. Cíl bakalářské práce je považován za splněný.

První kapitola se zaměřuje na samotné období adolescence, včetně jejího časového vymezení, fází – rané, střední a pozdní adolescence a vývojových změn, které s tímto obdobím přicházejí.

Druhá kapitola se věnuje problematice depresivity a deprese. Kapitola blíže specifikuje depresi, zaměřuje se na její definici a klasifikaci. Dále se kapitola zaměřuje na výskyt a příčiny deprese, možné příznaky deprese, komorbiditu s ostatními nemocemi, diagnostiku a léčbu deprese.

Třetí kapitola pojednává o možných rizikových faktorech, které mohou přispívat ke vzniku deprese. Mezi tyto faktory lze na základě prostudované literatury řadit například genetické predispozice, vliv rodinného prostředí, stres, zátěžové a nečekané životní situace, negativní sebehodnocení či sebepojetí, sociální izolaci atp.

Ve čtvrté kapitole je pozornost zaměřena naopak na protektivní faktory, které mohou depresi snižovat. Za takové faktory lze považovat zdravý životní styl, pohybovou aktivitu, dostatečný odpočinek, sociální oporu, sociální vztahy, psychickou odolnost a smysluplné trávení volného času.

Pátá kapitola je věnována výzkumnému šetření, které se primárně zaměřuje na výskyt a míru depresivity dospívajících jedinců. Tato kapitola se orientuje na metodologii výzkumného šetření, dále na samotné výzkumné šetření a na jeho výsledky.

Práce může posloužit pedagogům či rodičům, kteří si mohou u dospívajících jedinců povšimnout různých depresivních symptomů a ty včas podchytit a zahájit tak včasnou intervenci. Pro dospívající jedince by mohla být práce přínosná v tom, aby uměli správně rozpoznávat své emoce, uměli jim dávat význam a díky tomu by lépe zpracovávali své negativní prožitky. Práce může být rovněž podnětem pro další potenciální výzkumy v této oblasti. Díky většímu počtu studií by se více zvýšila pozornost problematiky deprese u adolescentů, s cílem eliminovat neustále narůstající

případy deprese. V neposlední řadě je velmi důležité, aby se toto téma dostávalo do povědomí širší veřejnosti, neboť v dnešní době se potýkáme čím dál častěji s narůstajícími případy deprese nejen u dospívajících jedinců.

Seznam použitých zdrojů

Literatura

ANDERS, Martin et al. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2005. 280 s. ISBN 80-7262-306-0.

BENDL, Stanislav a kol. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. Vydání 1. Praha: Grada, 2015. 306 stran. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4248-9.

BLATNÝ, Marek, ed. *Psychologie celoživotního vývoje*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016. 290 stran. ISBN 978-80-246-3462-3.

BLATNÝ, Marek a PLHÁKOVÁ, Alena. *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Vyd. 1. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2003. 150 s. ISBN 80-86620-05-0.

CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 142 s. ISBN 978-80-262-0062-8.

ČAČKA, Otto. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Vyd. 1. Brno: Doplněk, 2000. 377 s. ISBN 80-7239-060-0.

ČERMÁK, Ivo. KLIMUSOVÁ, Helena. VÍZDALOVÁ, Hana. (2005). Deprese v dětství a její vztah k problémům chování. *Československá psychologie*, 49, 3, 223-236.

DRTÍLKOVÁ, Zdeňka. DUDOVÁ, Iva. Deprese u dětí a dospívajících. In: Raboch J et al. (eds). *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. Psychiatrická společnost ČLS JEP*; 2014: 208.

DUDOVÁ, Iva (2007). Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi. *Psychiatrie pro praxi*, 8(1), 29-31.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Překlad Vladimír Jůva a Vendula Hlavatá. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

GOETZ, Michal. (2005). Deprese u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi*, 6(6), 271-274.

HOFBAUER, Břetislav. *Děti, mládež a volný čas*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. 173 s. ISBN 80-7178-927-5.

HOSKOVCOVÁ, Simona a SUCHOCHLEBOVÁ RYNTOVÁ, Lucie. *Výchova k psychické odolnosti dítěte: silní pro život*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 218 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2206-1.

HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

CHEN, Fangping et al. Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity* vol. 88 (2020): 36-38. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.061.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. 254 stran. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.

JANŮ, Luboš. RACKOVÁ, Sylva. (2007). Jak správně poznat a léčit depresi. *Medicína pro praxi*, 4(1), 24-27.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

KOUTEK, Jiří a KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. 127 s. ISBN 978-80-7367-349-9.

KOUTEK, Jiří, a KOCOURKOVÁ, Jana. (2018). Deprese a suicidální jednání v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi*, 19(1), 12-15. doi: 10.36290/psy.2018.003.

KOVACS, Marie. (1998). *Sebeposuzovací škála depresivity pro děti (CDI)*. Brno: Psychodiagnostika, s.r.o.

KOVAŘÍK, Štěpán. *Deprese*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Fragment, 2002. 112 s. Klíč ke zdraví. ISBN 80-7200-686-X.

KRCH, František David, CSÉMY, Ladislav. 2006. Rodinné koreláty depresivity v adolescenci. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(3), 130-136.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada, 2003. 176 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0575-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2013. 179 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4774-3.

LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.

MACEK, Petr. *Adolescence*. 2., upr. vyd. Praha: Portál, 2003. 141 s. ISBN 80-7178-747-7.

NEUŽILOVÁ MICHALČÁKOVÁ, Radka. *Strachy v období rané adolescence*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu - Barrister & Principal, 2007. 149 s. Psychologie. ISBN 978-80-87029-15-2.

ORCHARD, F., PASS, L., MARSHALL, T., & REYNOLD, S. (2017). Clinical characteristics of adolescents referred for treatment of depressive disorders. *Child Adolesc Ment Health*, 22(2), 61-68. doi:10.1111/camh.12178.

PACLT, Ivo. 2001. Specifické aspekty depresivních poruch v dětském a adolescentním věku. *Psychiatrie pro praxi*, 2(5), 212-215.

PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 424 s., Psyché. ISBN 978-80-247-2425-6.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 240 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2959-6.

PETERSEN, C Anna. COMPAS, Bruce. BROOKS-GUNN, Jeanne. STEMMLER, Mark. Ey, Sydney. GRANT, Kathryn. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2), pp. 155-168.

PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál, 2003, 180 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-809-0.

PRAŠKO, Ján, BULIKOVÁ, Barbora a SIGMUNDOVÁ, Zuzana. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. 91 s. ISBN 978-80-7262-656-4.

PREISS, Marek, VRANÁ, Klára a KUCHAROVÁ, Jiřina. Depresivita a úzkost v průběhu života v návaznosti na pojetí Václava Příhody. *Československá psychologie*, 2010, 54(4), s. 357-365. ISSN 0009-062X. Dostupné také z: <https://kramerius.lib.cas.cz/client/handle/uuid:ba188d60-88c5-42b5-8ac1592edeab128f>.

PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 246 s. ISBN 978-80-262-0731-3.

SLEPIČKA, Pavel, HOŠEK, Václav a HÁTLOVÁ, Běla. *Psychologie sportu*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2009. 240 s. ISBN 978-80-246-1602-5.

- SOBOTKOVÁ, Veronika a kol. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. 147 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4042-3.
- SOVÁK, Miloš a kol. *Defektologický slovník*. 3., upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
- ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 102 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2947-3.
- THEINER, Pavel (2011). Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 12(3), 105-107.
- RABOCH, Jiří, ed. et al. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. První české vydání. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. liv, 1032 stran. ISBN 978-80-86471-52-5.
- RACINE, Nicole et al. Child and adolescent mental illness during COVID-19: A rapid review. *Psychiatry research* vol. 292 (2020): 113307. doi:10.1016/j.psychres.2020.113307.
- RAŠTICOVÁ, Martina. Prediktory nespokojenosti s tělem a souvislost s depresí v adolescenci. *E-psychologie*. 2009, roč. 3, č. 1, s. 30-42. ISSN 1802-8853.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. Vyd. 2., přeprac., V Portálu 1. Praha: Portál, 2004. 390 s. ISBN 80-7178-829-5.
- ŘÍČAN, Pavel a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 603 s. Psyché. ISBN 80-247-1049-8.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2012a, 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012b. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
- VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, Alena. Deprese a úzkost, diferenciální diagnóza a komorbidita. *Practicus*. 2007. roč. 6. Dostupné také z: <http://www.practicus.eu/data/Practicus2007/practicus07-02.pdf#page=39>.

ZHOU, Shuang-Jiang et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry* 29, 749–758 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>.

Internetové zdroje

LOMAS, Charlotte. Exercising regularly cuts risk of depression by 16%, study suggests. In: *Sky news* [online]. 25. 4. 2018 [cit. 19.02.2021]. Dostupné z: <https://news.sky.com/story/exercising-regularly-cuts-risk-of-depression-by-16-study-suggests-11346264>.

MEDALOVÁ, Kristína. Cesta k psychické odolnosti. In: *Mentem* [online]. 21. 6. 2016 [cit. 03.02.2021]. Dostupné z: <https://www.mentem.cz/blog/psychicka-odolnost/>.

MORELAND, Scott. BONIN, Liza. Patient education: Depression treatment options for children and adolescents (Beyond the Basics). In: *UpToDate* [online]. 19. 8. 2019 [cit. 28.01.2021]. Dostupné z: <https://www.uptodate.com/contents/depression-treatment-options-for-children-and-adolescents-beyond-the-basics>.

RADA VLÁDY PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. Dopady krize způsobené koronavirem SARS-CoV-2 a duševního zdraví populace ČR. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online] 2020 [cit. 21.11.2020]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/Dopady-krize-zp%C5%AFsoben%C3%A9-koronavirem-SARS-CoV-2-a-du%C5%A1evn%C3%ADho-zdrav%C3%AD-populace-%C4%8CR.pdf>.

Rizikové faktory deprese s věkem mění. *Tevapoint* [online]. 3.5. 2017 [cit. 29. 01. 2021]. Dostupné z: <https://www.tevapoint.cz/rizikove-faktory-deprese-s-vekem-meni/>.

SOBEK, Jiří. Jak meditace zvyšuje psychickou odolnost. In: *Mindful Work* [online]. 3.4. 2020 [cit. 03. 02. 2021]. Dostupné z: <https://mindfulwork.cz/jak-vsivavost-neboli-mindfulness-posiluje-psychickou-odolnost/>.

ÚZIS, F30-F39 - Afektivní poruchy (poruchy nálady). In: *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2020 [cit. 18.11. 2020]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F32>.

Vliv epidemie koronaviru na nárůst duševních onemocnění u Čechů projednala Rada vlády pro duševní zdraví. In: *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Praha, 2020 [cit. 22.11. 2020]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/vliv-epidemie-koronaviru-na-narust-dusevnych-onemocneni-u-cechu-projednala-rada-vlady-pro?term_id=62.

VYMĚTAL, Štěpán. Mapování výzev při poskytování služeb linek důvěry, ad hoc linek a on-line služeb v souvislosti s epidemií COVID–19, za účelem lepší připravenosti do budoucna. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 15.6. 2020 [cit. 21.11. 2020] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/Mapov%C3%A1n%C3%AD-v%C3%BDzev-p%C5%99i-poskytov%C3%A1n%C3%AD-slu%C5%BEeb-linek-d%C5%AFv%C4%9Bry-ad-hoc-linek-a-on-line-slu%C5%BEeb-v-souvislosti-s-epidemi%C3%AD-covid19-zpr%C3%A1va-z-v%C3%BDzkumu.pdf>.

ZLÁMALOVÁ, Lenka. Höschl: Korona zahнала lidi do depresí, úzkosti a úvah o konci života. In: *Echo24.cz* [online] 20. 9. 2020 [cit. 21.11.2020]. Dostupné z: <https://echo24.cz/a/SRxBm/hoschl-korona-zahnala-lidi-do-depresi-uzkosti-a-uvah-o-konci-zivota>.

WHO, 2020. Depression. In: *World Health Organization* [online]. 30. 2. 2020 [cit. 19.12.2020]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

WINKLER, Petr. 2020. PhDr. Petr Winkler, PhD. - Pandemie, deprese, úzkost a stres a co s tím. In: *YouTube* [online]. 18.11. 2020 [cit. 25. 11. 2020] Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?v=gN3OgV18W8s&ab_channel=NUDZN%C3%A1rodn%C3%AD%C3%BAstavdu%C5%A1evn%C3%ADhozdrav%C3%AD.

Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Popis výzkumného souboru dle věku a pohlaví	47
Tabulka 2 – Míra depresivity	51
Tabulka 3 – Tvrzení č. 1	51
Tabulka 4 – Tvrzení č. 6	51
Tabulka 5 – Tvrzení č. 8	52
Tabulka 6 – Tvrzení č. 10	52
Tabulka 7 – Tvrzení č. 11	52
Tabulka 8 – Tvrzení č. 13	53
Tabulka 9 – Tvrzení č. 5	54
Tabulka 10 – Tvrzení č. 12	54
Tabulka 11 – Tvrzení č. 26	54
Tabulka 12 – Tvrzení č. 27	54
Tabulka 13 – Tvrzení č. 3	55
Tabulka 14 – Tvrzení č. 15	55
Tabulka 15 – Tvrzení č. 23	56
Tabulka 16 – Tvrzení č. 24	56
Tabulka 17 – Tvrzení č. 4	57
Tabulka 18 – Tvrzení č. 16	57
Tabulka 19 – Tvrzení č. 17	58
Tabulka 20 – Tvrzení č. 18	58
Tabulka 21 – Tvrzení č. 19	58
Tabulka 22 – Tvrzení č. 20	58
Tabulka 23 – Tvrzení č. 21	59
Tabulka 24 – Tvrzení č. 22	59
Tabulka 25 – Tvrzení č. 2	60
Tabulka 26 – Tvrzení č. 7	60
Tabulka 27 – Tvrzení č. 9	61
Tabulka 28 – Tvrzení č. 14	61
Tabulka 29 – Tvrzení č. 25	61

Tabulka 30 – Průměrné hodnoty v jednotlivých subtestech s genderovými rozdíly	65
---	----

Seznam grafů

Graf 1 – Pohlaví.....	47
Graf 2 – Věk.....	48
Graf 3 – Studium respondenta	48
Graf 4 – Výskyt depresivity	49
Graf 5 – Závažnost depresivity	50
Graf 6 – Tvrzení č. 9.....	62
Graf 7 – Výrazné projevy depresivity	63
Graf 8 – Srovnání výskytu depresivity dle pohlaví	64
Graf 9 – Závažnost depresivity dle T-skóre > 65 – genderové rozdíly	66
Graf 10 – Srovnání ZŠ a SŠ.....	67
Graf 11 –Vyberte, co Vám v aktuální situaci nejvíce chybí?	69

Přílohy

Příloha A – Dotazník použitý pro výzkumné šetření

Vážení respondenti,

jmenuji se Michaela Chmelíková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Sociální patologie a prevence na Univerzitě Hradec Králové. Ráda bych Vás požádala o vyplnění mého dotazníku k bakalářské práci na téma "Faktory ovlivňující depresivitu v adolescenci". Dotazník je určen pouze pro adolescenty od 7. do 9. tříd ZŠ a pro 1.–4. ročník SŠ. V případě gymnázií pro všechny ročníky s výjimkou prvního stupně nižšího gymnázia.

Chtěla bych Vás požádat o co nejpravdivější odpovědi a rovněž o samostatnost při vyplňování dotazníku. Vyplnění dotazníku Vám zabere max. 10 minut. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely bakalářské práce.

Děkuji za Vaši ochotu a čas.

1) Pohlaví:

- a) dívka
- b) chlapec

2) Kolik je Vám let?

3) Studujete:

- a) Základní školu (popř. nižší stupeň gymnázia)
- b) Střední školu (popř. vyšší stupeň gymnázia)

Dotazník CDI

Tato část dotazníku se skládá z 27 tvrzení. Označte, prosím, takové tvrzení, které nejvíce vystihuje vaši aktuální náladu za POSLEDNÍCH 14 DNÍ. Lze vybrat vždy jen jedno tvrzení.

Tvrzení č. 1

Málokdy jsem smutný. (0)

Často jsem smutný. (1)

Pořád jsem smutný. (2)

Tvrzení č. 2

Nic se mi nedaří. (2)

Nejsem si jistý, jestli se mi daří. (1)

Všechno se mi daří. (0)

Tvrzení č. 3

Skoro všechno dělám dobře. (0)

Hodně věcí dělám špatně. (1)

Všechno dělám špatně. (2)

Tvrzení č. 4

Mnoho věcí mě baví. (0)

Baví mě jenom něco. (1)

Nic mě nebaví. (2)

Tvrzení č. 5

Pořád je mi zle. (2)

Často se cítím špatně. (1)

Málokdy se cítím špatně. (0)

Tvrzení č. 6

Málokdy přemýšlím o špatných věcech, které se mi mohou stát. (0)

Mám strach, že se mi může stát něco špatného. (1)

Vím určitě, že se mi něco hrozného stane. (2)

Tvrzení č. 7

Nenávidím se. (2)

Nemám se rád. (1)

Mám se rád. (0)

Tvrzení č. 8

Za všechno špatné můžu já. (2)

Můžu za mnoho špatného. (1)

Za špatné věci obvykle nemůžu. (0)

Tvrzení č. 9

Nemyslím na to, že bych se zabil. (0)

Přemýšlím o tom, že bych se zabil, ale neudělal bych to. (1)

Chci se zabít. (2)

Tvrzení č. 10

Každý den je mi do pláče. (2)

Často je mi do pláče. (1)

Málokdy je mi do pláče. (0)

Tvrzení č. 11

Všechno mě nudí. (2)

Často mě něco nudí. (1)

Jen málokdy se nudím. (0)

Tvrzení č. 12

Jsem rád mezi lidmi. (0)

Často nechci být mezi lidmi. (1)

Vůbec nechci být mezi lidmi. (2)

Tvrzení č. 13

Vůbec se nedokážu soustředit. (2)

Je těžké se soustředit. (1)

Snadno se dokážu soustředit. (0)

Tvrzení č. 14

Vypadám dobře. (0)

Některé věci na mně nejsou hezké. (1)

Vypadám ošklivě. (2)

Tvrzení č. 15

K práci ve škole se musím pořád nutit. (2)

K práci ve škole se musím často nutit. (1)

Pracovat ve škole mi nedělá velké potíže. (0)

Tvrzení č. 16

Každou noc spím špatně. (2)

Často spím špatně. (1)

Spím dobře. (0)

Tvrzení č. 17

Málokdy jsem unavený. (0)

Často jsem unavený. (1)

Pořád jsem unavený. (2)

Tvrzení č. 18

Většinou nemám chuť k jídlu. (2)

Často nemám chuť k jídlu. (1)

Mám chuť k jídlu. (0)

Tvrzení č. 19

Nestarám se o různé své starosti a bolesti. (0)

Často mě trápí různé starosti a bolesti. (1)

Pořád mě trápí různé starosti a bolesti. (2)

Tvrzení č. 20

Necítím se sám. (0)

Často se cítím sám. (1)

Pořád se cítím sám. (2)

Tvrzení č. 21

Ve škole nemám nikdy legraci. (2)

Málokdy mám ve škole legraci. (1)

Často mám ve škole legraci. (0)

Tvrzení č. 22

Mám hodně kamarádů. (0)

Mám několik kamarádů, ale chtěl bych jich mít víc. (1)

Nemám žádné kamarády. (2)

Tvrzení č. 23

Ve škole se mi daří. (0)

Ve škole se mi daří hůře než dříve. (1)

Nejdou mi už ani předměty, ve kterých jsem byl dříve dobrý. (2)

Tvrzení č. 24

Nikdy nebudu dobrý jako ostatní děti. (2)

Když chci, můžu být stejně dobrý, jako ostatní děti. (1)

Jsem stejně dobrý jako ostatní děti. (0)

Tvrzení č. 25

Nikdo mě nemá doopravdy rád. (2)

Nevím, jestli mě má někdo rád. (1)

Někdo mě určitě má rád. (0)

Tvrzení č. 26

Většinou udělám, co se po mně chce. (0)

Většinou neudělám to, co se po mně chce. (1)

Nikdy neudělám, co se po mně chce. (2)

Tvrzení č. 27

Dobře vycházím s lidmi. (0)

Často se s někým hádám nebo peru. (1)

Pořád se s někým hádám nebo peru. (2)

Otázky ohledně aktuální situace:

- 1. Napište, co Vám pomáhá proti špatné či smutné náladě?**
- 2. Napište, co Vám naopak náladu zhoršuje? Kvůli čemu se cítíte smutní?**
- 3. Vyberte, co Vám v aktuální situaci nejvíce chybí?**
 - a) Možnost setkávat se s kamarády
 - b) Sport
 - c) Cestování
 - d) Zábavy/společenské akce

- e) Škola
- f) Zájmová činnost/kroužky
- g) Jiné...

4. Popište, jaké jsou vaše aktuální pocity, nálady, které prožíváte během karantény a izolace v souvislosti se současnou epidemiologickou situací COVID-19.