

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta

Magisterská diplomová práce

Mgr. Eva Martináková

2015

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**SOUVISLOST MEZI DEPRESIVITOU, NEUROTICISMEM
A ŠKOLNÍM PROSPĚCHEM STUDENTŮ GYMNÁZIÍ, SOŠ
A UČEBNÍCH OBORŮ BEZ MATURITY**

**The Link among Depressiveness, Neuroticism and Success of
Students at Different Types of Secondary Schools**



Magisterská diplomová práce

Autorka: Mgr. Eva Martináková

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Studijní program: N7701/Psychologie

Studijní obor: 7701T005/Psychologie

Olomouc

2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma „Souvislost mezi depresivitou, neuroticismem a školním prospěchem studentů gymnázií, SOŠ a učebních oborů bez maturity“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu. Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.

V.....dne.....

Podpis.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Martinu Kupkovi, PhD. za vedení práce, cenné připomínky a návrhy a také za profesionální a vstřícný přístup. Dále děkuji vedení vybraných středních škol ve Zlínském kraji a jejich studentům za poskytnutá data a umožnění výzkumu. Doc. Ing. Petru Klímkovi, PhD. děkuji za pomoc při analýze získaných dat a v neposlední řadě děkuji své rodině za trpělivost a dlouhodobou podporu.

Obsah

1. Úvod	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
2. Depresivita v adolescenci	7
2.1. Adolescence jako vývojové období	7
2.2. Historický vývoj přístupu k depresivitě v adolescenci	9
2.3. Deprese a depresivita	11
2.4. Symptomy depresivity v adolescenci	13
2.5. Rizikové a ochranné faktory	16
2.6. Prevalence a predikce vývoje depresivity v dospělosti	17
2.7. Genderová specifika	20
3. Neuroticismus	25
3.1. Vymezení pojmu	25
3.2. Vývoj názorů na utváření neurotické osobnosti	27
4. Psychická zátěž ve školním kontextu	30
4.1. Vliv typu školy na sebepojetí	34
5. Teoretická východiska výzkumu	38
VÝZKUMNÁ ČÁST	42
6. Metodologický rámec výzkumu	42
6.1. Předmět a typ výzkumu	42
6.2. Cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy	42
6.3. Cílová populace a výběrový soubor	45
6.4. Nástroje měření a získávání dat	48
6.4.1. Dotazník na měření míry depresivity – BDI-II	48
6.4.2. Dotazník na měření míry neuroticismu N-5	49
6.4.3. Dotazník na prospěch	51
6.5. Příprava a průběh testování	52
6.6. Analýza dat	53
6.7. Etické otázky výzkumu	56
7. Výsledky výzkumu	59
7.1. Souhrnná data týkající se výzkumného vzorku	59
7.2. Výsledky testování hypotéz	61
7.2.1. H1 – H3: Souvislost mezi depresivitou a školním prospěchem	61

7.2.2.	H4 – H6: Souvislost mezi neuroticismem a školním prospěchem	63
7.2.3.	H7: Souvislost mezi depresivitou a neuroticismem	65
7.2.4.	H8: Rozdíl v míře depresivity studentů různých typů škol	67
7.2.5.	H9: Rozdíl v míře neuroticismu studentů různých typů škol	69
7.2.6.	H10: Rozdíl v míře depresivity chlapců a dívek	70
7.2.7.	H11: Rozdíl v míře neuroticismu chlapců a dívek	71
7.3.	Výzkumné otázky	71
7.3.1.	Rozdíly v hodnotách položek BDI-II u depresivních a nedeprativních chlapců	72
7.3.2.	Rozdíly v hodnotách položek BDI-II u depresivních a nedeprativních dívek	73
7.3.3.	Míra depresivity u jedinců se zvýšeným rizikem suicidálního jednání	74
7.4.	K platnosti hypotéz	75
7.5.	Odpovědi na výzkumné otázky	77
8.	Diskuze	79
9.	Závěry	87
	Souhrn	90
	Seznam použitých zdrojů a literatury	96
	Přílohy	100

„Nápadněji dávají najevo smutek ti, kteří mají menší bolest.“

Publius Cornelius Tacitus

„Zdá se, že novou svatou trojicí jsou nyní sex, smutek a stres.“

Jonas Ridderstrale

1. Úvod

Tuto práci bych ráda zahájila dvěma citáty. První z nich pochází z počátku našeho letopočtu a je připisován významnému římskému historikovi, druhý je od žijícího švédského autora. V obou citátech je zmiňován smutek. Tacitus popisuje vnější projevy smutku a upozorňuje na fakt, že opravdový, hlubší smutek může zůstat okolí skrytý. Často si mnohem více všímáme těch, kteří o svém smutku hodně mluví, tváří se zkroušeně, ale často mají ještě dostatek energie na to, aby se dovolávali soucitu a pomoci. Zoufalý, hluboký smutek, někdy i jako doprovod případné deprese, tak okázalý být nemusí a může se stát, že na něj jsme upozorněni až z jiných projevů depresivního člověka. Právě adolescenti, na něž se zaměřujeme v rámci této práce, mohou svůj smutek projevovat různými, často i matoucími způsoby. Druhý z autorů úvodních citátů, Ridderstrale, popisuje naši současnost a upozorňuje na fakt, že vedle všudypřítomného sexu a stresu je pro naši postmoderní společnost typický také smutek. Zjednodušeně by se dalo říci, že nás tento autor upozorňuje na to, že jím popisovaná „nová svatá trojice“ je tím, o čem by měl moderní člověk vědět, hovořit, čím by se měl zabývat a k čemu by se měl i navenek hlásit, aby byl tzv. „in“.

Často slýcháme, že má někdo „depku“, že je „na dně“, že „už neví, jak dál“. Jelikož pracuji řadu let v oblasti školství s adolescentní mládeží, kladu si otázku, kdy je tento popisovaný smutek jen jakousi přirozenou součástí nelehkého vývojového období mezi dětstvím a dospělostí, a kdy už se jedná o problém, na který by bylo dobré se zaměřit. Ve škole se čím dál častěji řeší osobní a rodinné problémy dětí a mladých lidí, což může souviset jednak s oslabeným fungováním současné rodiny, ale možná také s působením školních psychologů přímo ve školách. Učitelé jsou nuceni čím dál více přebírat či nahrazovat výchovnou funkci rodin a nezřídka jsou to oni, kdo si všímají problematičtějšího chování, upozorňují na zhoršení pozornosti či prospěchu a doporučují či přímo zajišťují dětem a dospívajícím návštěvu dalších odborníků. Jelikož je mi tato oblast lidsky i

profesně velmi blízká, zvolila jsem si téma diplomové práce právě z oblasti na pomezí školní, pedagogické a vývojové psychologie.

Když jsem se začala více věnovat tématu depresivity při přípravě výzkumného plánu a teoretických východisek původní bakalářské a následně i této práce, byla jsem překvapena skutečností, že **tématu depresivity v dětství a adolescenci bylo věnováno donedávna v odborné literatuře i výzkumech velmi málo pozornosti**. Např. v publikaci *Psychologie dítěte* z roku 1996 se v kapitole nazvané *Dětské duševní potíže, poškození, poruchy a nemoci* vůbec nepíše o depresi a depresivitě (srov. Čačka, 1996). Toto zjištění bylo jedním z dalších motivů pro napsání mé práce a především pro výzkum v této oblasti. **V teoretické části práce** jsou zpracována základní teoretická východiska výzkumu, vycházející z různých zdrojů, tematicky zaměřených odborných publikací i výzkumů. Zaujalo mě, že v odborné literatuře bývá horší prospěch popisován jako jeden z hlavních příznaků deprese, ačkoliv se mi pro toto tvrzení nepodařilo dohledat validní výzkumná fakta. Zřejmě autoři vycházejí z toho, že horšení prospěchu bývá spojováno se zhoršením kognitivních funkcí při depresivních stavech. Proto jsem se **v praktické části** této práce zaměřila na **výzkum týkající se souvislosti mezi depresivitou a školním prospěchem**. Jelikož některé odborné zdroje upozorňují také na možnou **souvislost mezi mírou depresivity a typem či náročností školy**, či různou mírou inteligenčních schopností dítěte, zahrnuje do svého výzkumu také tento aspekt, a to hlavně z toho důvodu, že si doposud publikovaná data výrazně odporují. **Depresivita či deprese**, jako psychická porucha, **bývá často dávána do souvislosti s neuroticismem**. Také toto tvrzení jsem v rámci výzkumu ověřovala.

Cílem této práce je rozšířit poznatky o depresivitě a neuroticismu mladých lidí v ČR, popsat případnou souvislost těchto dvou jevů, porovnat míru depresivity a neuroticismu u chlapců a dívek, a to i s ohledem na typ školy, který navštěvují, všimnout si symptomatiky, která je odlišná u depresivních jedinců ve srovnání s jedinci nedepresivními a zaměřit se podrobněji na rozdílné depresivní symptomy u chlapců a dívek. Zjištění, ke kterým jsme dospěli na základě **analýzy dat získaných od 374 respondentů**, by mohla být přínosem pro posuzování depresivních symptomů u mladých lidí, následnou péči o ně, vhodnou intervenci v rámci školy či rodiny a v neposlední řadě by mohla přispět také k rozvoji původních či vytváření nových diagnostických metod určených přímo pro věkovou skupinu mladistvých.

TEORETICKÁ ČÁST

2. Depresivita v adolescenci

2.1. Adolescence jako vývojové období

Mezi různými autory a vývojovými psychology panuje značná nejednotnost při vymezení pojmu adolescence, která je zřejmá jak v rozdílnosti pohledů na časové vymezení tohoto období, tak ve variabilitě individuálních projevů adolescentních jedinců. Podle Marhounové (1996) se odborníci shodují v podstatném tvrzení, a to, že **období adolescence je přechodovou fází mezi dětstvím a dospělostí a přechodem od závislosti k nezávislosti.**

Podle **Eriksona** (in Marhounová, 1996) se adolescentní jedinec nachází ve fázi tzv. *identity proti konfuzi rolí*. Dle jeho slov se všechny souvislosti, na něž dítě spoléhalo, stávají v období adolescence opět více či méně problematickými, jelikož je tělesný růst jedince tak rychlý, jako v raném dětství a je navíc provázen pohlavním vyspíváním. Dospívající jedinec je nucen vyrovnávat se s mnoha fyziologickými změnami a přebírat také úkoly dospělých, přičemž si dělá starosti především o to, jak je vnímán ostatními ve srovnání s tím, jak o sobě smýšlí on sám. Marhounová dodává, že problémy, jež se vynořují při hledání vlastní identity, mohou vyústit v různé psychotické a destruktivní příhody.

Podle **Freudovy teorie** se adolescentní jedinec dostává jak v pojetí evropském, tak i západním do fáze *genitální*, což je náročné období, v němž se mladý člověk snaží přejít kvůli incestní hradbě od nevhodných (rodičovských) objektů k objektům jiným, cizím. V tomto období by mělo dle Freuda dojít k propojení něžnosti a smyslnosti. Tento vývojový posun se ovšem často nevydaří, jelikož má jedinec problém propojit původní objekty dětského světa s reálným prožíváním (srov. Plháková, 2011).

V západním prostředí bývá při vytyčování počátku adolescence (od latinského slova „*adolesco*“, znamenajícího dorůstat, dospívat, vyvíjet se, sílit, mohutnět) kladen důraz na biologické hledisko. Proto bývá začátek tohoto období spojován s vývojem sekundárních pohlavních znaků a s prvními známkami sexuálního zrání. Za konec tohoto období bývá označován nástup menarché u dívek a první ejakulace u chlapců. „*S prvními projevy*

sexuality a zrychlením růstu počíná adolescence“, prohlašuje například jednoznačně sarajevský psychiatr S. Ridjanovič, citující řadu západních vědců“ (Marhounová, 1996, s. 17). Porovnáme-li toto pojetí s názory mnoha **evropských** odborníků, vidíme, že odpovídá spíše období puberty.

Václav Příhoda, významný česká osobnost, která se zabývala vývojem lidské psychiky, používá pro období mezi patnáctým a dvacátým rokem života pojem **postpubescence**, i když jej považuje za „poněkud neobratný“. Dle názoru tohoto odborníka sice latinský pojem *adolescens* původně označoval jedince ve fázi těsně předcházející dospělosti, v současnosti však dle Příhody tímto termínem bývá označován věk od dvanácti let výše (srov. Marhounová, 1996).

Psychiatr **Špitz** vnímá pojmy *adolescent* a *mladistvý* jako synonyma¹. Podle něj je toto vývojové období se specifickými vývojovými požadavky jedním z nejvýznamnějších úseků lidského života. Jedinec, nacházející se v tomto období, hledá sebe sama, objevuje a realizuje svou sexuální roli a redefinuje své dosavadní vztahy k druhým lidem. Kontakty navazuje podle upraveného preferenčního hodnotového schématu. „Přerušuje zpravidla své dosavadní vztahy k rodině, aby své rodiče v pozitivním případě zdravého vývoje posléze znovu adoptoval, jak tuto změnu vztahů nazval jeden maďarský dramatik“ (Marhounová, 1996, s. 18).

Josef Langmeier, jeden z našich předních psychologů, označuje pojmem adolescence pouze **poslední fázi přechodu z dětství do dospělosti**, již předchází tzv. pubescence (prepuberta a vlastní puberta). V adolescenci dle jeho slov dochází ke změně sebepojetí a společenského postavení, ke vzniku hlubších erotických vztahů a k dokončování tělesného růstu (srov. Marhounová, 1996). Také Hartl (2004) se přiklání k tomuto dělení, čímž se odlišuje např. od Schmidbauera, který ohraničuje adolescenci 18. – 25. rokem života či Wallona, který do tohoto období řadí jedince mezi 15. a 22. rokem života (srov. Schmidbauer, 1994; Čačka, 1996). **Pro účely této práce jsme se rozhodli vycházet z Langmeierova pojetí**, neboť dle našeho názoru odpovídá evropskému přístupu a jemněji specifikuje jednotlivá období, než jiní autoři, např. Příhoda (viz výše).

¹ Obdobně se s tím setkáváme i v současné německy psané odborné literatuře, na niž v této práci na mnoha místech odkazujeme.

Navzdory rozdílným přístupům k časovému i obsahovému vymezení období adolescence se odborníci shodují v tom, že se jedná o období plné výrazných somatických, sociálních i psychických změn a vývojových úkolů, které kladou na jedince enormní nároky a jejichž nezvládnutí mívá na další vývoj mladého člověka negativní dopad. Přehled vývojových úkolů v jednotlivých oblastech života jedince včetně negativních následků, při jejich nezvládnutí, je shrnut v následující tabulce.

Vývojové úkoly a krize v adolescenci	
Identita	krize identity, depersonalizace
Identifikace	konfuze rolí
Sebehodnocení	narcistické krize
Sebeuvědomění	krize rivality, krize autority
Autonomie	krize oddělení
Intimita	vztahové krize

Tabulka 1: Vývojové úkoly a krize v adolescenci podle Zapotoczkeho & Fischhofa, modifikováno podle Resche, 1996 (Zapotoczky & Fischhof, 2002, s. 64)

Dle Horta (2000) dosahuje jedinec v adolescenci (ve fázi formálních operací podle Piageta) vrcholu kognitivního vývoje, vytváří se jeho identita včetně přijetí vlastní psychosexuální role, mění se jeho vztahy s rodiči i vrstevníky. Kromě toho dochází také k rozvoji sociálních kompetencí. Problém může nastat, pokud adolescent zažívá neúspěch, nebo nedokáže sladit vlastní představy a zájmy se zájmy rodičů a společnosti.

2.2. Historický vývoj přístupu k depresivitě v adolescenci

Deprese je poruchou, jež byla popisována v různých pramenech již v dávných dobách. Ačkoliv by z tohoto důvodu bylo možné předpokládat, že se jedná o poruchu známou, prozkoumanou a dobře popsanou, není tomu tak. Je překvapivé, že se lékaři i vědci zabývali donedávna pouze výzkumem a léčbou dospělých jedinců. Jak uvádí např. Stuchlíková (2002), o depresi se zmiňuje již Starý zákon v souvislosti s Jobem či Saulem. Řekové nazývali depresi *melancholia* nebo *černá žluč* a středověk pohlížel na depresi jako na ďáblovu dílo. Až **do 70. let minulého století** byl rozšířen názor, že děti a adolescenti depresí netrpí, a pokud se u nich objevují depresivní symptomy, souvisí to s vývojovou etapou, v níž se nacházejí, takže jde o tranzitorní problémy, jež se s postupujícím vývojem

samovolně vytrátí. Vývoj přístupu k této problematice popisuje přehledně např. Essau (2003), podle níž byl předpoklad, že děti nemohou trpět depresí v klinickém slova smyslu, **v šedesátých letech** výrazně podporován např. psychodynamickými teoretiky jako byli Rochlin (1959) a Rie (1966). Z pohledu klasické psychoanalýzy neumožňuje nezralá osobnostní struktura dítěte vývoj depresivní poruchy (srov. Říčan & Krejčířová, 2006). Jiná skupina autorů dle Essau zastávala názor, že se u dětí sice s depresí můžeme setkat, ale depresivní symptomy obvyklé u dospělých u dětí nenalzáme (srov. Cytryn & McKnew, 1972, in Essau, 2007).

Essau dále uvádí, že **v 70. letech** bylo publikováno pouze několik významných klinických a vědeckých zpráv, které by zdůrazňovaly důležitost výzkumu depresivity u mladých lidí. V roce 1970 publikovali Poznanski a Zrull vynikající článek, v němž poukazovali na klinické případy, které byly léčeny ambulantně. U léčených adolescentů obsahovaly primární symptomy deprese smutek, zkroušený vzhled, stažení, pocity odmítnutí, negativní sebeobraz a nízké sebevědomí. Právě v tuto dobu byly zveřejněny první zprávy o nasazení antidepresiv, která byla vyvinuta pro terapii dospělých, v terapii deprese u dětí. Teprve **na přelomu 80. let** se v nejznámější americké učebnici psychiatrie autorů Kaplana, Friedmana a Sadocka objevuje samostatná kapitola věnovaná afektivním poruchám u dětí, tedy i depresi (srov. Goetz, 2005; Smolík, 2002, in Bajarová; Luebbers, 2008; Martin & Waltmanová-Greenwoodová, 1997). Až od **devadesátých let** se přístup odborníků změnil natolik, že je depresivita dětí, adolescentů a dospělých posuzována podobně (srov. Essau, 2007). Podle Říčana a Krejčířové (2006) trpí děti depresí nejméně stejně často jako dospělí.

Tito autoři se zamýšlejí také nad příčinami skutečnosti, že zůstaly depresivní symptomy u dětí i adolescentů tak dlouhou dobu mimo zájem odborníků a shodují se s názorem Martina & Waltmanová-Greenwoodové (1997), kteří vidí možnou příčinu v tom, že **v rámci naší kulturní oblasti bývalo období dětství a mládí vnímáno jako čas štěstí a bezstarostnosti**. Dospělí si pak nepřipouštěli, že by dítě mohlo trpět depresí a případné problémy vnímali jako přirozenou součást náročného období, jímž dítě procházelo.

2.3. Deprese a depresivita

Při snaze o vymezení pojmů deprese a depresivita narážíme na obdobnou nejednotnost pojetí a přístupů, jak tomu bylo u adolescence. Dle Branika (1990) používají různí autoři pojem deprese tak rozdílně, že jej v nejlepším případě vnímáme jako klinický syndrom, který sám o sobě nepřipouští žádné etiologické, patogenetické, prognostické nebo terapeutické implikace.

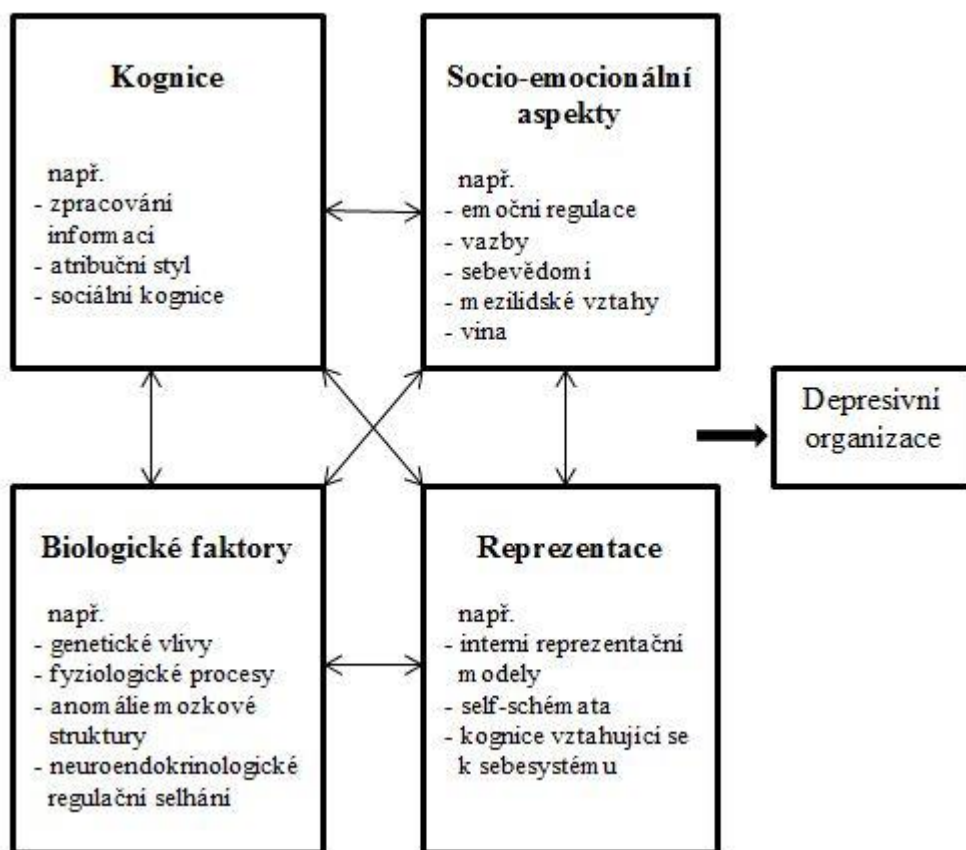
„V zahraniční literatuře je na úrovni konceptu oddělována *Depression* případně *unipolar Depression*, *major Depression* a *depressive symptoms* nebo *depressive symptomatology*“ (Hollon, Thase, Kutcher, Marton & Boulos, 1993, in Haken, 2009, s. 8). Základem diskuse o těchto pojmech je však dle Hakena spor o to, zda má být k depresivitě přístupováno jako ke kategoricky vymezené klinické poruše, či jako k intervalové proměnné. **„Depresivita jako intervalová proměnná je chápána jako míra výskytu symptomů, které se týkají přítomnosti smutku a smutku s blíže nespecifikovaným trváním“** (Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey & Grant, 1993, in Haken, 2009, s. 9). **„Kategorický přístup** naproti tomu vychází z diagnostických kritérií a **vnímá depresi jako jasně vymezenou klinickou jednotku, která buď přítomná je, anebo není, ale neexistuje žádný přechodný stav“** (DSM IV, 2000, MKN 10, 2006, in Haken, 2009, s. 9).

Důležitým zjištěním, které může dle našeho názoru částečně zklidnit spory ohledně vymezení pojmu, i případné obavy ze zvolení špatného pojetí v rámci námi uskutečněného výzkumu, je fakt, že **„výzkumné studie zabývající se depresivitou jako intervalovou proměnnou a výzkumy zaměřené na depresi jako klinickou jednotku v adolescenci přinášejí v mnoha ohledech shodné výsledky**. Konkrétně výzkumy poměřující vztah mezi pohlavím a výskytem depresivity jako míry výskytu depresivních nálad a symptomů (Angold, Erkanli, Silberg, Oves & Costello, 2002; Ge, Lorenz, Conger, Elder & Simons, 1994; Twenge & Nolen-Hoeksema 2002; Wade, Cairney & Pevalin, 2002; Hankin, Mermelstein, & Roesch, 2007) nebo ty zaměřené na vztah mezi pohlavím a klinickou depresí v adolescenci (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003; Hankin et al., 1998) přinášejí shodné výsledky, které se týkají období nárůstu rozdílu depresivity mezi dívkami a chlapci v období adolescence. [...] Anvenevoli et al. (2008) doporučují po přezkoumání dosavadních výzkumů využívat **kategoriální hledisko pro klinická rozhodnutí, zatímco práce s konceptem depresivity jako kontinuální proměnné**

umožňuje dle nich přezkoumání celé škály depresivity a depresivních symptomů ve výzkumných studiích, které se zabývají vztahy s jinými proměnnými“ (Haken, 2009, s. 9), což je dle našeho názoru adekvátním pojetím i pro účely této práce.

Deprese bývá řazena mezi **afektivní poruchy**. „U těchto poruch je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii. Tato změna nálady je obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě. Většina ostatních symptomů jsou buď sekundární ke změnám nálady a aktivity, nebo mohou být snadno v tomto kontextu vysvětleny. Většina z těchto poruch má tendenci k recidivám. Začátek individuální fáze je často vyvolán stresovou událostí nebo situací“ (MKN-10, 1. díl). U deprese je nutno zohlednit, zda se jedná o jednu depresivní epizodu, či zda se tato epizoda opakuje, hodnotí se tíže příznaků a jejich množství a sledují se také somatické či psychotické symptomy (srov. MKN-10, 1. díl). Jak uvádí Goetz (2005) jsou depresivní příznaky součástí několika diagnostických jednotek – depresivní poruchy (F 32, F 33), dystymie (F 34), úzkostně depresivní poruchy (F41) a poruchy přizpůsobení (F43) a dále u bipolárního spektra, tedy bipolární afektivní poruchy (F 31) a cyklotymie (F31). Podrobnější rozdělení depresivních poruch neuvádíme s ohledem na rozsah a cíle této práce.

Příčiny vzniku deprese dosud nejsou objasněny, bývají ovšem často spojovány s nedostatkem určitých chemických látek v mozku. „Jedná se například o neurotransmitery serotonin (5HT) a norepinefrin (NE). Tyto neurotransmitery fungují jako posílčci mezi jednotlivými částmi mozku nebo mezi mozkem a zbytkem těla a jejich nedostatek způsobuje příznaky deprese“ (Carr-Gregg, 2012, s. 73). Dle Orla (2012) nemusí být příčinou vzniku deprese pouze nedostatek určitého mediátoru (např. serotoninu), což dokládá zjištěním, že určitá antidepressiva hladinu serotoninu snižují a přitom také působí antidepressivně. Dle něj nejde tedy jen o samotnou koncentraci neurotransmiteru, nýbrž také o rovnováhu a poměr mediátorových systémů. Existuje celá řada modelů, které se pokouší popsat etiologii deprese. **Podle Frankla či Lukasové (1997)** vyplývá tzv. noogenní deprese z nevyužití spirituální dimenze jedince. **Groen (2002)** popisuje depresivní organizaci jako integraci podílů mnoha biologických a psychologických systémů. Své pojetí depresivní organizace shrnul do přehledného schématu.



Obrázek 1: Integrace biologických a psychologických systémů při vývoji depresivní organizace podle Cicchetti & Toth 1998 (in Groen, 2002, s. 63)

Jiný model, znázorňující vznik a udržení deprese v adolescenci, obsahuje příloha č. 3.

2.4. Symptomy depresivity v adolescenci

Projevy deprese mohou nabývat mnoha různých forem. Essau (2003) dělí klinické znaky depresivní poruchy do čtyř kategorií.

Hlavními symptomy depresivní osoby jsou:

- trvalé a obtížně snesitelné pocity smutku;
- zkroušenost;
- ztráta zájmů a radosti a také
- snížená motivace k aktivitám všeho druhu při současné unavitelnosti. (srov. Petermann 2008, Groen, Petermann, 2002, in Essau 2003).

V odborné literatuře se můžeme setkat také s dělením klinických symptomů deprese na kognitivní, afektivní, somatické a vztahově orientované. Goetz (2005) popsal podrobně depresivní symptomy, na něž je nutno se zaměřit při diagnostice depresivních poruch. Jejich přehled přináší následující tabulka.

Typické symptomy deprese	
Emoční	přetrvávající smutná nebo podrážděná nálada ztráta zájmu o aktivity, které měl dříve rád ztráta přání ztráta prožitku štěstí - anhedonie
Kognitivní	obtíže s koncentrací a pamětí ztráta sebedůvěry nebo sebeúcty pocity vlastní neschopnosti, beznaděje pocity sebeobviňování vracející se myšlenky na sebevraždu
Somatické	pokles nebo ztráta energie zvýšená unavitelnost změny v chuti k jídlu a změny hmotnosti poruchy spánku psychomotorické zpomalení

Tabulka 2: Typické symptomy deprese (Goetz, 2005, s. 271)

Při posuzování symptomů deprese je třeba **u adolescentů** oproti dospělé populaci neopomenout také fakt, že se jedná o vývojové období, pro něž **je typická nejasná hranice mezi depresi podobnými stavy nálady, jež jsou fyziologické a depresivními poruchami, které je třeba diagnostikovat.** „Především psychoanalytické práce uvádějí, že smutné či dysforické ladění, snížené sebehodnocení, nejistota, pocity izolace, osamocení a prázdnoty, strachy, suicidální fantazie, podrážděnost, sociální uzavřenost, agresivní výpady atd. se objevují v rámci normálního vývoje a krizové vyostření či prodloužení popsaných, pro tuto fázi typických poruch, nemusí vést v žádném případě k propuknutí nemoci“ (Branik, 1990, s. 64). Podle Lewinsohna (1998, in Luebbers, 2008) se u depresivní mládeže objevují ve srovnání s depresivními dospělými jedinci častěji pocity viny a bezcennosti. Kromě toho je v tomto vývojovém období obzvláště vhodné všimnout si také příznaků vegetativní (larvované) deprese, pro kterou je typická absence známek smutku a přítomny bývají pouze tělesné symptomy, k nimž patří např. poruchy spánku či usínání, nebo nechutenství (srov. Schmidbauer, 1994). Na další typické

symptomy upozorňuje v dětské a adolescentní psychiatrii také Hort (2000), podle nějž trpí až 40% adolescentů poruchami myšlení a vnímání (paranoidní percepce, halucinace, bludy apod.), častý je neurastenický syndrom, hypersomnie, útlum či naopak psychomotorická agitace a v depresivní epizodě také alkohol a drogy. Podle Peseschiana (1999) jsou deprese u dětí a dospívajících často podceňovány, protože se označují jako problémy ve škole nebo ve výchově. U adolescentů jsou pak dle jeho názoru často maskovány potížemi ve škole a nápadnostmi v chování, stále více však nabývají i známek deprese jako u dospělých, s hloubáním, sebevražednými impulzy a pokusy o sebevraždu a velmi často se objevují bolesti hlavy jako psychosomatický příznak.

Parry-Jones (1985, in Branik, 1990) popisuje své poznatky, dle nichž se deprese v adolescenci manifestuje často netypickými formami, mezi něž patří např. **zneužívání drog, riskantní chování, delikvence, sexuální promiskuita, neklid, snížená koncentrace, agresivita či somatické potíže**. Názorová shoda je patrná také u Řičana a Krejčířové (2006), podle nichž mohou dívky kvůli pocitu bezmoci v adolescenci inklinovat k promiskuitnímu chování, zatímco chlapečci sahají častěji po alkoholu a drogách. Dle nich je na depresi nutno pomýšlet vždy, když dojde ke **zhoršení školního prospěchu, k poruchám chování, či v případě některých somatických obtíží**. Obdobně se vyjadřují např. i Zapotoczky a Fischhof (2002), podle nichž se psychické nápadnosti v tomto věkovém období projevují ve většině případů nespecificky. Rovněž Goetz (2005) konstatuje, že rozpoznat depresi u mladistvých bývá obtížnější, než u dospělých, neboť **vyjádření symptomů bývá ovlivněno psychickou vyzrálostí jedince a svou roli zde sehrává také fakt, že adolescenti nechtějí o svém emočním stavu mluvit, či mají problém jej verbálně popsat**.

Essau (2007) uvádí, že depresivní symptomy *vyšší míra únavy a smutná nálada* s věkem narůstají, zatímco *vědomého sebepoškozování nebo suicidálních pokusů a pocitů bezvýznamnosti nebo nedostatečnosti* s věkem ubývá. Její data ukazují také na **nrůst sebevražedných myšlenek se stoupajícím věkem dívek, chlapců však ne**. Dle výzkumu, který provedli Krch a Csémy (2005), si z jednotlivých depresivních příznaků chlapečci nejčastěji stěžovali na poruchy soustředění, děvčata na celkový pocit skleslosti a na pocity smutku. Pokud jde o proporce, s jakou bylo celkové skóre deprese „syceno“ jednotlivými položkami, se „depresivní“ chlapečci a dívky příliš nelišili ve většině depresivních příznaků (nechutenství, poruchy soustředění, apatie a abulie), kromě subjektivního hodnocení pocitu

smutku, kde byl mezi chlapci a dívkami statisticky signifikantní rozdíl. **21% chlapců (11,7% dívek) s vysokým depresivním skórem uvedlo, že v posledním týdnu nemělo výraznější pocity smutku. Na druhé straně 55,1% depresivních děvčat, ale jen 34,2% depresivních chlapců uvedlo, že měli časté pocity smutku.**

Výsledky některých klinických studií dokládají také **schopnost vysoce nadaných jedinců, maskovat určité symptomy deprese.** Faktory, které k tomuto fenoménu přispívají, jsou dle Jacksona a Petersona (2004, in Holasová, 2006):

- zvýšená citlivost;
- strach, že můžou ublížit druhým, protože si jsou vědomi své nemoci i jejích důsledků;
- pocity studu za svou neschopnost vyřešit nějakou věc;
- kognitivní zmatek příznačný pro depresi, který oslabuje copingové strategie nadaných.

2.5. Rizikové a ochranné faktory

V rámci této práce zmíníme pouze stručně vybrané názory na faktory, které jsou vnímány u dětí a dospívajících v souvislosti s depresí jako rizikové, či ochranné. Podle Carr-Gregga (2012) jsou rizikovými faktory, které ovlivňují vznik deprese, např. **problémy ve škole** (např. dítě nezvládá školní zátěž, nedaří se mu zapadnout do školního kolektivu nebo se stalo obětí šikany či kyberšikany ze strany svých spolužáků), zneužívání drog a pak také **předčasná sexualizace** mladých lidí, především však mladých žen. Dle jeho slov přinesla obecně respektovaná zpráva Americké psychologické asociace z roku 2007 důkazy o tom, že zobrazování dívek a mladých žen jako sexuálních objektů, s nímž se dnes na každém kroku setkáváme v reklamě, v obchodě i v masmédiích, nepříznivě ovlivňuje sebeobraz dívek a jejich zdravý vývoj. Groen (2002, s. 57) se ve své studii depresivity zaměřuje jak na rizikové, tak na ochranné faktory v souvislosti se vznikem či rozvojem deprese u adolescentů.

„Faktory a podmínky zvyšující riziko:

- faktory související s dítětem, resp. faktory vulnerability, které představují zranitelnost ve vztahu k dalším, okolím podmíněným rizikům (jako jsou například genetické dispozice, dysfunkční kognice nebo složitý temperament);
- rizikové faktory podmíněné okolím (jako jsou např. kritické životní události či rodinné zátěže);
- fáze zvýšené vulnerability jako jsou citlivá období přechodu a vývoje, resp. změny (jako je např. tělesné zrání v adolescenci, přechod na vyšší typ školy nebo vstup do pracovního života).

Faktory a podmínky snižující riziko:

- faktory související s dítětem, resp. konstituční faktory (jako je např. pozitivní temperament nebo nadprůměrná inteligence);
- faktory podmíněné okolím (jako jsou např. rodinná soudržnost nebo sociální podpora);
- faktory resilience resp. kapacity psychické odolnosti, které byly získány v průběhu vývoje (jako jsou např. pozitivní sebehodnocení nebo konstruktivní copingové chování)“.

Hort (2000) řadí mezi **rizikové faktory u adolescentů** hlavně konfliktní rodinné prostředí, stresující životní události, rodičovskou psychopatologii či temperamentové charakteristiky jedince. Výraznými **protektivními faktory** jsou dle něj u adolescentů s nedevariantním chováním hlavně rodinné prostředí se saturací emočních vztahů, aktivní sportovní zařazení mladistvého (včetně dalších zájmových činností), víra a vyšší úroveň vzdělání.

2.6. Prevalence a predikce vývoje depresivity v dospělosti

Statistické údaje týkající se prevalence deprese v adolescenci se značně liší. Důvodem mohou být jednak rozdíly v psychopatologické definici, využití rozdílných vyšetřovacích

metod, rozdílné metody analýzy získaných dat, ale také různé způsoby výběru výzkumného vzorku. Nezanedbatelné je zřejmě také procento mladých lidí, u nichž jsou přítomny depresivní symptomy, ale nejsou vyšetřeni či zahrnuti do výzkumu. Podle Carr-Gregga (2012) se onemocnění poprvé projeví u 75% lidí s duševními problémy ještě před dosažením věku 24 let, přičemž dle jeho odhadů vyhledá pomoc odborníka necelých 30% dospívajících s úzkostí, depresí a jinými duševními poruchami.

Na tomto místě považujeme za přínosné uvést také vybrané údaje z českých a zahraničních výzkumů. „V rámci **longitudinální studie** provedené na **Novém Zélandu** byla zkoumána věková kohorta ve věku 11, 15, 18 a 21 let. Zde se například ukázaly křivky pro dvanáctiměsíční prevalenci depresivních poruch 1,8%, 4,2%, 18,0% a 18,6% (Anderson, Williams, McGee & Silva, 1987; Feehan, McGee, Raja & Williams, 1994; McGee et al., 1990; Newman et al., 1996). V **průřezové studii**, kterou provedli Steinhausen, Winkler, Metzke, Meier & Kannenberg (1998) byly představeny šestiměsíční prevalenční křivky pro depresivní poruchy *Major Depression* a *dystymní poruchy*. Pro probandy ve věkové skupině od šesti do devíti let byla zjištěna častost výskytu 0,0%, pro deseti až třináctileté 0,6% a pro 14 – 17 leté 1,25%“ (Groen, 2002, s. 33). Krch a Csémy (2005) referují o výsledcích dotazníkového **šetření mezi 3172 studenty** náhodně vybraných středních a učňovských škol v **České republice** (respondence 94,7 a průměrný věk 15,9 roku). V rámci tohoto šetření uvedlo 21% sledovaných adolescentů, že v posledním týdnu cítili výraznější depresivní příznaky. Počet depresivních děvčat byl 2,6krát vyšší, než počet depresivních chlapců. 45,3% dospívajících uvedlo, že někdy v životě měli myšlenky na sebevraždu, přičemž pokus o sebevraždu udávalo 8,8% děvčat a 4,4% chlapců. Hort (2000) zmiňuje ve své publikaci *Dětská a adolescentní psychiatrie* nedávná zjištění, podle nichž je většina adolescentů (cca 80%) dobře adaptována a netrpí výraznějšími psychickými poruchami.

Výzkumy věnující se depresivní náladě u různých věkových skupin opakovaně potvrzují stabilitu tohoto fenoménu. „Například autorům Holsen, Kraft & Vittersø (2000) se podařilo prokázat stabilitu depresivní nálady v rozmezí šesti let (ve 13, 15, 18, 19 letech věku jednotlivých respondentů). K podobnému závěru dospěli i Devine, Kempton & Forehand (1994) u respondentů v rozmezí 13 až 19 let. Jejich výsledky ukazují, že **depresivní symptomatologie je relativně stabilní**, a že depresivní nálada během adolescence je asociována s různými problémy v pozdějším životě“ (Dalajka, Širůček,

2010, s. 5). Co se délky trvání deprese v adolescentním věku týče, může silně variovat. Dle Luebbe (2008) **může trvat od několika týdnů do několika let.**

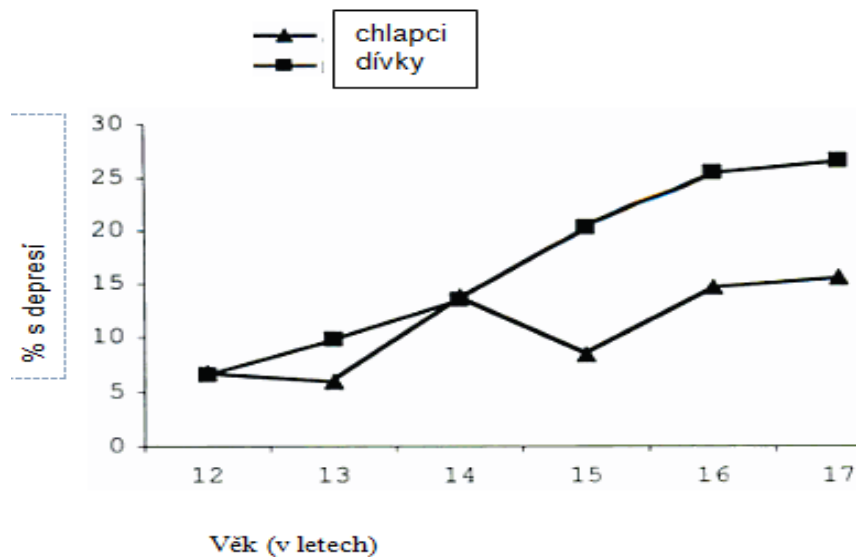
V Bremer Jugendstudie, jež byla realizována v Německu, „vedlo 17,9% adolescentů, že trpěli depresivní poruchou jednou ve svém životě (srov. Maughan, Collishaw & Stringaris, 2013). Srovnatelnost těchto prevalencí s prevalencemi dospělých (Kessler et al. 1994) naznačuje, že deprese u dospělých začíná často v adolescenci“ (Essau, 2007, s. 47). I jiní autoři upozorňují na **souvislost mezi depresivitou v adolescenci a v dospělosti**, jejich názory jsou však často odlišné či empiricky nedostatečně podložené. Pro ilustraci uvedeme některé z nich. Harrington, Ruber, & Frombonne (1996, in Haken, 2009) uvádějí, že **84% dospívajících, kteří prožili depresivní epizodu v tomto vývojovém období, ji zažije i v dospělosti**. Opačný názor zastává např. Branik (1990), který tvrdí, že **depresivní syndromy v dětství a mládí nejsou v žádném případě předchůdci depresivních onemocnění v dospělosti**. K tomuto tématu se vyjadřují i další autoři, např. Krch a Csémy (2005), kteří tvrdí, že ačkoliv jsou depresivní příznaky mezi adolescenty poměrně rozšířené, jde většinou o tranzitorní problém. Mnoho životních okolností, situací a změn sice dle jejich slov může na dospívajícího působit depresivně, více než 60 % těchto depresivních stavů však odezní. Zbývajících 40 % případů však může přejít v trvalejší depresivní poruchu nebo být spojeno s dalšími psychickými obtížemi. Birmaher et al. (1996, in Bajerová, 2006) uvádí, že **prevalence celoživotní silné deprese je odhadována na 15 - 20%, což odpovídá zhruba údajům populace v adolescenci**. Na základě tohoto zjištění se výše zmiňovaní autoři domnívají, že **deprese v dospělosti má často své počátky v adolescenci**. Dle Langmeiera, Balcara, & Špitze (1989) mohou být mnohé poruchy v tomto věku ovšem pouze reakcí na přetížení a ztrácejí se, jakmile se podmínky upraví. **Do dospělosti přetrvávají dle jejich názoru ve 40 – 70% případech.**

„Mnoho výzkumníků (např. Doleys, 1977) tvrdí, že velká část dětí je schopna své problémy vyřešit i bez zásahu terapeuta, z čehož plyne, že u dětí existuje vysoká četnost spontánní úzdravy. Jiní (např. Kazdin, 1988) zase uvádějí, že pouze malá část dětí, které to potřebují, je odesílána k terapii, a že ty děti, které jsou k terapii odeslány, nemusí nutně představovat právě tu skupinu, která ji potřebuje nejvíce“ (Ronenová, 2000, s. 24). Že tento problém nelze bagatelizovat, dokládají Říčan a Krejčířová (2006) statistickými daty z let 1986 a 1993, v nichž bylo v ČR zaznamenáno v prvním případě v adolescentním věku 524 suicidálních pokusů a 35 dokonaných suicidií, ve druhém případě 49 suicidií. Další data

nejsou k dispozici, neboť byla zrušena povinnost tzv. suicidálního hlášení. Podle Horta (2000) **je riziko suicidia u depresivních nezletilých až dvacetkrát vyšší, než v běžné populaci**, což je alarmující a potvrzuje to potřebnost dalších výzkumů v této oblasti.

2.7. Genderová specifika

Podle mnoha výzkumů souvisí míra depresivity i depresivní symptomy výrazně s pohlavím a věkem. Haken (2009) ve své práci prokázal předpoklad, že **depresivita v průběhu adolescence narůstá a že narůstá rychleji u dívek než u chlapců**. Carr-Gregg (2012) udává, že se v období adolescence deprese **vyskytuje** ve většině západních společností dvakrát častěji u dívek než u chlapců. Obdobné údaje nalezneme i u Goetze (2005, s. 271). „Na základě průřezových studií prováděných v 90. letech 20. století víme, že s depresí se v nezanedbatelné frekvenci setkáme nejen u adolescentů, ale i u méně vyzrálých, prepubertálních dětí. U dětí byl zjištěn 2–4 % výskyt deprese, poměr chlapců a dívek byl 1:1. Směrem k adolescenci prevalence roste na 4–8% a objevuje se pohlavní diference ve výskytu deprese, dívky jsou postiženy dvakrát častěji než chlapci“. Jak uvádí ve své práci Groen, „zatímco u dětí nebyly zjištěny jednoznačné rozdíly v četosti výskytu s ohledem na pohlaví, je možno na základě dnes známých výsledků vycházet z toho, že v mládežnickém věku, resp. **po pubertě, jsou dívky depresí postiženy dvakrát častěji, než chlapci** (srov. Angold et al., 1998; Bebbington, 1998; Groen et al., 1997). **Kritický věk pro zvýšené riziko deprese je u dívek zhruba mezi 13. až 15. rokem** (Cohen et al., 1993; Hankin et al., 1998; Lewinsohn et al., 1998; McGee, Feehan, Williams & Anderson, 1992; Angold et al., 1998). Také ve studiích, které jsou zaměřeny na dimenzionální pojetí depresivní symptomatiky, je pozorován tento trend. **U dívek mohou být od rané adolescence zjištěny depresivní změny nálad a jiné depresivní symptomy signifikantně častěji než u chlapců**“ (např. McGee et al., 1994; Holsen, Kraft & Vittersø, 2000; Kumpulainen et al., 2000; Patten et al., 1997; Petersen, Sarigiani & Kennedy, 1991; Compas et al., 1997; Nolen-Hoeksema & Girug, 1994; Petersen et al., 1993, in Groen, 2002, s. 33). „V *Dunedin Studie* (McGee et al., 1992), *New York Studie* (Cohen et al., 1993) a *Great Smoky Mountain Studie* (Angold et al. 1998) se u dívek až do 13. roku života neobjevovaly vyšší křivky depresivity, než u chlapců (viz následující graf). I V *Bremer Jugendstudie* byly zřetelné **signifikantní rozdíly mezi pohlavími po dosažení věku čtrnácti let**“ (Essau, 2007, s. 56).



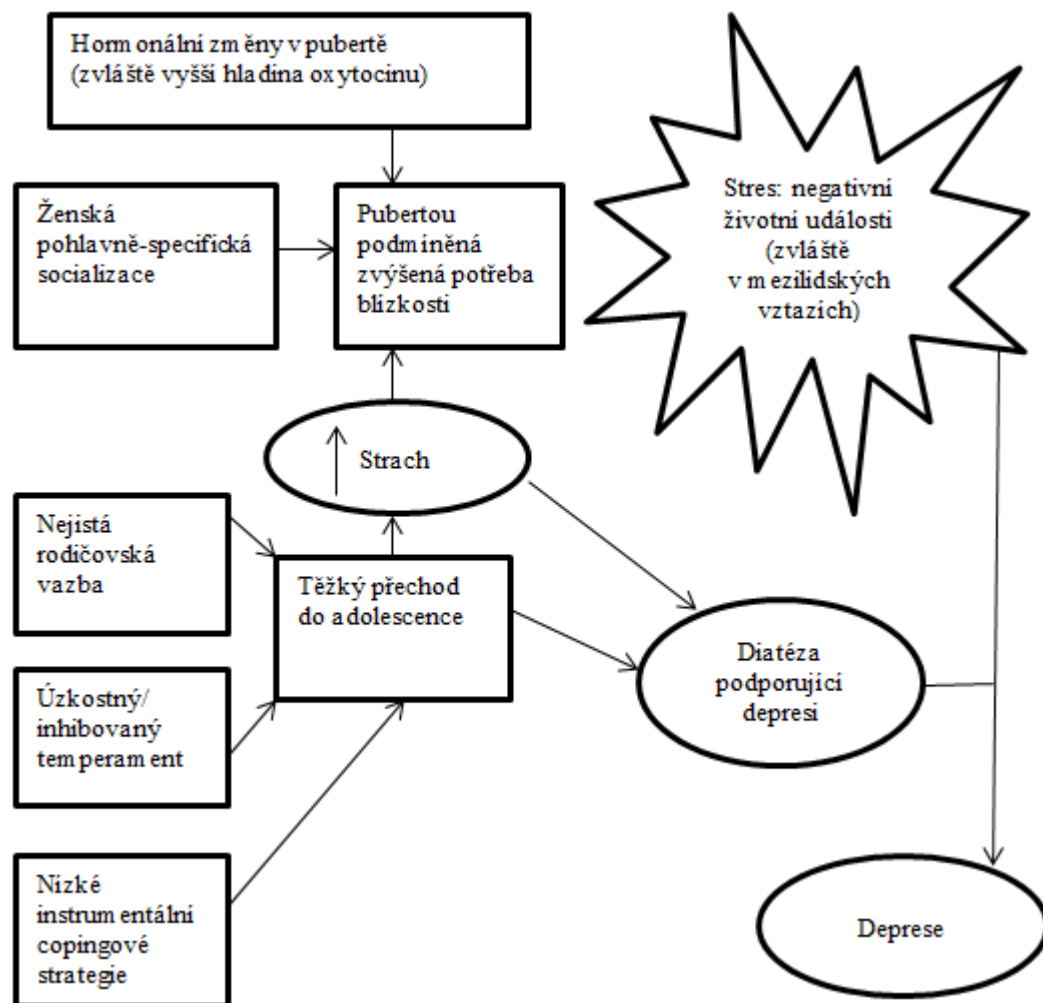
Obrázek 2: Depresivní poruchy v souvislosti s pohlavím a věkem (Essau, 2007, s. 59)

Doposud nejsou objasněny **příčiny toho, proč jsou depresivní symptomy v období dospívání zaznamenány častěji u dívek**, než u chlapců. Svou roli zde zřejmě sehrává vliv ženských hormonů, změny sociálních rolí dospívajících dívek, či jejich předčasná sexualizace (srov. Carr-Gregg, 2012). Zajímavé poznatky publikovala na základě analýzy výsledků vlastního výzkumu také Essau (2007). Podle ní existuje souvislost mezi depresí a životními událostmi, neboť **dívky ve srovnání s chlapci referovaly o větším množství negativních životních událostí a byly jimi také častěji poškozeny**. Dle jejího názoru může být jedním z možných vysvětlení rozdílů mezi pohlavími také **využívání rozdílných copingových strategií** či vyšší nároky, které jsou na dívky v období dospívání kladeny. Zatímco dívky jsou zaměřeny více na vztahy, vykazují nižší míru schopnosti sebezprosažení a na zátěž reagují častěji hloubavým, přemýšlivým chováním (což u nich ještě zvyšuje subjektivní pocity zátěže), bývají chlapci více aktivní a projevují snahu vzniklé napětí odreagovat.

Essau dále upozorňuje i na opomíjený fakt, že ačkoliv většina autorů vnímá rozdíl v míře depresivity chlapců a dívek jako reálně existující a empiricky ověřený, může se jednat o rozdílnost vyplývající s odlišného způsobu zodpovídání otázek, např. rozdílné otevřenosti. Essau dále tvrdí, že z faktu, že se chlapci a dívky odlišují s ohledem na dobu a projevy puberty, a že existují rozdílné vzory pro vznik deprese, je možno vyvozovat kauzální souvislost mezi depresí a pubertou. „Například ve studii Garbera et al. (1997) se ukázalo, že dívky, které měly pubertu dříve či později než je obvyklé, trpěly častěji *Major Depression*, než dívky s normálním začátkem puberty. U chlapců byla křivka *Major*

Depression nezávislá na zahájení puberty. [...] Také výsledky Angolda a spolupracovníků ukazují, že je možno na základě pubertálního statusu lépe predikovat častost výskytu deprese u dívek, než na základě věku“ (Essau, 2007, s. 50).

Cyranowski et al. (2002, in Essau 2007) popsali v modelu, v němž se pokoušejí vysvětlit rozdíly v depresivitě mezi pohlavími (viz níže), sociální a hormonální mechanismy u dívek v pubertě, které dle nich vedou ke zvýšené potřebě blízkosti a touze po intenzivnější emocionální komunikaci. Tato potřeba blízkosti může vést spolu s těžkým přechodem do adolescence k rozvoji depresivní diatézy (vulnerability). Zvýšenou potřebu blízkosti a důvěrnosti u dívek připisují autoři modelu faktu, že **dívky jsou ve svém vývoji v rámci socializace vedeny k utváření vztahů a k vytváření postojů k sobě samé ve spojitosti s ostatními, zatímco socializace chlapců je zaměřena více na sebeprosazení a rozvoj osobní autonomie**. Zatímco jistá rodičovská vazba u dívek uspokojuje jejich potřebu blízkosti, vede nejistá vazba zřejmě k častějšímu navazování intenzivnějších vztahů s vrstevníky. Tato vazba může být stejně intenzivní, jako nestabilní, a v případě zátěže nemusí poskytovat dostatečnou podporu. U dětí s úzkostným temperamentem je vyšší míra rizika, že budou navazovat nejisté vazby a v dospělosti budou spíše náchylné k úzkostným poruchám, což dále zvyšuje jejich citlivost k zátěži a brání rozvoji podpůrných mezilidských vztahů. I podle těchto autorů je **rozdíl mezi pohlavími ovlivněn také rozdíly v copingových strategiích**. Dívky dle jejich názoru využívají hlavně nízké instrumentální copingové strategie, jak ukazuje následující model.



Obrázek 3: Model pro vysvětlení rozdílů mezi pohlavími u deprese (Essau, 2007, s. 56; podle Cyranowski et al., 2000)

Beek, Hessen, & Leuven (2012) se na základě svých výzkumů, týkajících se rozdílné míry depresivity mezi pohlavími a vzestupu depresivity v průběhu dospívání, zaměřovala na to, jak mohou být tyto výsledky ovlivněny měřením. Vyslovila názor, že se fenomenologické pojetí deprese liší podle věku nebo pohlaví a v tom, jak je depresivita vyjádřena. Spolu se svým týmem vyhodnotila data z dotazníku CDI (n = 4048), a to za využití faktorové analýzy (4 faktory: pohlaví, pozdní dětství, raná adolescence a střední adolescence). Ověřovala, jaké položky mohou přispět ke zkreslení měření. Z výsledků vyplynulo, že věkem a pohlavím byly ovlivněny výsledky u faktorů: sebeironie, dysforie, školní problémy a sociální problémy. Ze získaných dat Beek et al. usuzuje, že **bývá přeceňována deprese v pozdním dětství a podceňována deprese dospívajících chlapců.**

Co se týče suicidií, je jich podle Rutze (2010) 70-90% uskutečněných ve stavu klinické deprese. **Ačkoliv bývá deprese u žen diagnostikována 2x častěji než u mužů,**

paradoxně si život berou 3-10x častěji právě muži. Vysvětlení by mohlo spočívat v tom, že ženy vyhledávají 2x častěji lékařskou pomoc a **symptomy depresivity u mužů se výrazně liší od depresivních symptomů u žen. Mužská depresivita se projevuje mnohem více agresivním, antisociálním a psychopatickým klinickým obrazem či závislým chováním, jež nebývá s depresivitou dáváno do souvislosti.** Zajímavé je, že např. mezi skupinou Amišů v USA a mezi izraelskými ortodoxními Židy, u nichž je zakázáno požívání alkoholu a tělesné násilí, je prevalence deprese a počty sebevražd shodné s údaji získanými od žen. Naproti tomu např. v Rusku je dle Rutze u mužů 10x častější závislost na alkoholu a 6-9x častější suicidia. Deprese je v této oblasti u mužů diagnostikována zřídka. Obdobné údaje byly získány také v Latinské Americe. **Doposud vycházely výzkumy z domněnky, že míra diagnostikované deprese pozitivně koreluje s mírou suicidálního jednání. Novější epidemiologické a klinické studie ovšem prokázaly korelaci negativní** (srov. Rutz et al., 1997). Podle Rutze jsou pro rozpoznání depresivních symptomů u mužů, prevenci a následnou léčbu významné poznatky tzv. **Gotlandské studie** z let 1983 – 1986. Podle této studie jsou pro muže typické symptomy: všeobecný neklid, agresivita, sebelítost, nespokojenost, iritace, neschopnost rozhodnout se, omezená kontrola impulzivního chování, pesimismus, zvýšená míra závislého chování všeho druhu, nevysvětlitelná únava a poruchy spánku. Na základě zjištění v rámci popsané studie byla vytvořena také Gotlandská škála deprese (GMDS) k rozpoznání typicky mužské depresivní symptomatiky.

3. Neuroticismus

3.1. Vymezení pojmu

Vedle dvoufaktorového pojetí biologického základu osobnosti (extraverze a stabilita) a pojetí trojfaktorového (Eysenckova), jež přidává k základní dvojici ještě další faktor, psychoticismus, se setkáváme stále častěji s pětifaktorovým pojetím osobnosti, tzv. **Big Five** neboli Velká pětka. Ta zahrnuje pět vlastností člověka: extraverze, příjemnost či vstřícnost, svědomitost, neuroticismus a otevřenost (srov. Křivohlavý, 2013; Sedláčková, 2009). Jak vysvětluje Sedláčková, jde o syntézu faktorových analýz osobnosti s lexikálním přístupem, o kterou se pokusil O. P. John, který vyšel z přirozeného jazyka, jímž lidé popisují sebe samé a jiné. V tomto modelu je pro neuroticismus typická **malá psychická odolnost a malá stabilita**. Podle Říčana (2005) a Nakonečného (1995, in Sedláčková, 2009) **jsou pro neurotického jedince typické následující projevy:**

- podléhání pokušením;
- pocity studu, rozpaků a trapnosti;
- hněv, nepřátelství a zatrpkllost;
- obavy a strach z toho, jak vše dopadne.

Neuroticismus lze chápat jako emocionální nestabilitu, kterou Eysenck (1968, in Hřebíčková, 2011) vymezil charakteristikami: **depresivní**, nervózní, úzkostný, s pocity méněcennosti, nízkou sebeúctou, prožívající napětí, náladový, hostilní, podrážděný. Agresivitu a hostilitu později přesunul do faktoru psychoticismu. V inventáři NEO-PI-R (Hřebíčková, 2011) je neuroticismus členěn na dílčí charakteristiky: úzkostnost, hněvivost, hostilita, **depresivnost**, rozpačitost, impulzivnost, zranitelnost.

Obdobně jako Eysenck chápou Costa a McCrae (1986, in Hřebíčková, 2011) neuroticismus jako **obtížné vyrovnávání se s problémy běžného života** a k neurotickým projevům přidávají také **impulzivnost**, jež se projevuje jako **neschopnost kontrolovat touhy a nutkání**, zatímco v podání Eysencka je impulzivita způsobena nepřítomností zábran. Neurotičtí jedinci udávají častěji, než osoby stabilní, **negativní prožitky a obtíže při jejich překonávání**. Bývají často plni obav, snadno je lze uvést do rozpaků, cítí se nejistí, zahanbení, **intenzivně prožívají obavy nebo strach a jejich představy často**

nekorespondují s realitou, což vede k omezení kontroly a zvládnání stresové situace. Vysoký skóre na škále neuroticismu však podle Hřebíčkové nelze chápat jako psychickou poruchu. Rozdílný názor zastává Říčan (2010, s. 69), podle nějž je neuroticismus „vlastností odvozenou z příznaků neurotika, tj. člověka s určitou duševní poruchou zvanou neuróza“. Některý z neurotických příznaků má dle tohoto autora v průběhu života skoro každý člověk a stanovení hranice mezi zdravím a nemocí je proto obtížné. Říčan přidává k symptomům neurotického jedince také **nedospělé chování a dlouhé trápení se pokročilými příhodami**. Takový jedinec často trpí závratěmi, poruchami spánku, nočními děsy, má obavy z výtahů, tunelů apod.

Jiným termínem pro neuroticismus je labilita, jež je na opačném konci dimenze stability. Podle Graye (1991, in Blatný a kol. 2010) jsou hlavními dimenzemi neuroticismu **úzkost** (anxiety) a **impulzivita**. Úzkost je přitom definována jako citlivost k podnětům stresu, nepřítomnosti odměny a neobvyklosti či novosti a impulzivita jako citlivost k podnětům odměny a nepřítomnosti trestu. Později k těmto dvěma dimenzím přiřadil Gray ještě **defenzivnost** (defensiveness), jejíž póly jsou vymezeny únikovým chováním a obrannou (reaktivní) agresí.

Podle Krivohlavého (2011), jenž se odvolává na výsledky empirických výzkumů, má neuroticismus výrazný vztah k negativním emocím. Tento vztah přetrvává po řadu let, a to přes všechny změny, které lidé v průběhu času prožívají. **Údaje o neuroticismu mají vysokou spolehlivost v předvídání druhu převládajícího emocionálního ladění i několik let dopředu** a potvrdilo se také, že tyto údaje **mají vyšší vliv na spokojenost, nežli údaje o životních událostech**. Míra neuroticismu podle výše zmíněného autora výrazně negativně koreluje s charakteristikami moudrosti a pozitivním sebehodnocením a podle Pauluse (2005, in Göppel, 2007) také s hodnotami EQ. Stabilitu neurotických rysů jedince popisují např. také Helsper & Böhme (2008).

Pro **měření neuroticismu** existuje řada kvalitativních metod, jež se však kromě neurotických symptomů zaměřují na široké spektrum poruch např. EOD, 16PF, CAQ, MMPI. Čistě na neuroticismus jsou pak orientovány inventáře jako N-5, MAS, MMQ, IPAT Anxiety Scale apod. Pro tyto inventáře je typické **zaměření na souhrn příznaků neuroticismu**, ne na strukturu neurotické osobnosti. Kromě výše zmíněných metod existuje od roku 2006 také polský Dotazník neurotické osobnosti KON-2006, jenž se zaměřuje na poruchy osobnosti, které mohou být zdrojem neurózy. V Česku jsou dostupné

dvě verze inventáře NEO: NEO FFI (NEO Five Factors Inventory) a NEO PI-R (NEO Personality Inventory Revised) autorů Costy a McCraea.

3.2. Vývoj názorů na utváření neurotické osobnosti

S příznaky neurotických poruch se během svého života setká většina jedinců. Výskyt těchto neurotických symptomů může souviset s životním stylem, náročnými či traumatizujícími životními událostmi, sociálními vztahy, kulturním či společenským prostředím, v němž jedinec žije, s predispozičními faktory a dalšími vlivy. Velmi často se přitom jedná o symptomy, jež spontánně odezní. U určitého procenta lidí je však přítomnost neurotických poruch dlouhodobá a má výrazný vliv na kvalitu života jedince. Jak udává Ježková (2013), je podle současných statistik prevalence neurotických onemocnění až 30%. Je však nutno vzít v úvahu, že pouze část jedinců s neurotickými příznaky vyhledá pomoc odborníka. Neurotickým symptomům bývá věnována pozornost často v souvislosti s jinými diagnózami. Podle Aleksandrowicze a kol. (2007, in Ježková, 2013) **je u posuzování neurotických příznaků stále nejasná hranice mezi poruchou a zdravím.**

Vysvětlení příčin a projevů neuroticismu a možnostem terapeutického působení, které by vedly k odstranění jeho příznaků, se věnovala celá řada psychologů či psychologických směrů. Bez nároku na úplnost zmíníme na tomto místě některé vybrané přístupy a názory. První osobou, kterou zmíníme, je **Sigmund Freud** (1997), který vycházel z prací Breurera a Janeta. Dle jeho názoru mají neurotické symptomy určitý smysl a přímou souvislost s prožitkem jedince. Tvrdil, že nevývratným důkazem o existenci nevědomých duševních pochodů je fakt, že je možno dát neurotickým symptomům analytickým výkladem určitý smysl. Vytvoření symptomu je v jeho pojetí náhražkou za nějaké uspokojení, po němž jedinec touží, ale jehož se mu nedostává. U neurotických jedinců je možno si všimnout typického psychického konfliktu.

Na Freudovu teorii navázal **Wilhelm Reich**, a to zdůrazněním klíčové role sexuálního uspokojení pro duševní zdraví a absenci neurotických symptomů. **Karen Horneyová** a **Sandor Ferenczi** viděli příčinu vzniku neurotických obtíží v komplikovaném vztahu dítěte s jeho rodiči a v nevyřešených konfliktech (Kratochvíl, 2002). Horneyová (2007) se na rozdíl od Freuda domnívala, že chování dítěte není určeno vrozenými instinkty, ale je

naučené a z toho důvodu také ovlivnitelné. Výrazný vliv na neurotické projevy mají dle jejího názoru společenské faktory a kulturní prostředí. Na základě narušených vztahů mezi dítětem v raném věku a jeho rodiči se vytváří tzv. bazální úzkost a ta je základem pro vznik neurotických pohybů k lidem (podrobení se), od lidí (stažení se), či proti lidem (útočnost). Neurotické řešení konfliktů vede k dalším problémům a vytváření jakéhosi bludného kruhu, v němž se jedinec pohybuje.

Alfred Adler (1999) spojuje rozvoj neuroticismu s touhou jedince po moci a překonání komplexu méněcennosti, který se u jedince vytváří v průběhu dětství. Neurotické symptomy dle něj nastupují v okamžiku, kdy jedinec ztrácí odvalu a zabezpečuje se před prožíváním vlastní méněcennosti, mimo jiné také tím, že se pomocí neurotických symptomů snaží získat pozornost sociálního okolí a získat nad ním větší moc, než by měl jako zdravý. **Carl Gustav Jung** popisuje vznik neurotických projevů v situaci, kdy dojde u jedince ke konfliktu mezi možnostmi dosáhnout individuace a přiměřeným přizpůsobením se realitě (srov. Hanuš, 1999). Podle amerického psychiatra **Harryho Stacka Sullivana** vyplývá neuroticismus dítěte z neuspokojení potřeby bezpečí ze strany pečující osoby (matky), jež na něj přenáší svou úzkostnost, což vede k poruchám chování, které úzkostnost matky dále zvyšují (Prochaska, Norcross, 1999).

Behavioristé postulují, že poruchy chování, včetně těch neurotických, jsou naučenými reakcemi, jež je možno vysvětlit pomocí zákonů učení. Příkladem může být známý experiment s Albertem, během něž došlo k napodmiňování strachu z chlupatých předmětů. **Hans Jürgen Eysenck** (1969, in Ježková, 2013) definuje neuroticismus jako neadaptivní naučené vzorce chování, což popisuje také **Joseph Wolpe**. Dle něj je neurotické chování přetrvávajícím návykem neadaptivního chování, jež bylo získáno učením, u fyziologicky normálního organismu (Kratochvíl, 2002). Obdobné teorie najdeme také u **Alberta Bandury** (teorie sociálního učení), **Aarona Becka** či **Alberta Ellise** (racionálně-emoční terapie). Ellis s Beckem navíc zdůrazňují zásadní vliv postojů a přesvědčení jedince na vznik a udržování neurotického chování (Kratochvíl, 2002).

Konstrukce sebepodřívajících přesvědčení a vzorců se podílí na vzniku neurotického chování také podle **kognitivně behaviorální terapie** (Prochaska, Norcross, 1999). Tvůrce Gestalt terapie **Frederick Perls** spojuje vznik neuroticismu s nedostatečným uvědomováním si vlastních pocitů a špatným kontaktem psychické složky jedince s tělem (Kratochvíl, 2002).

Existenciální psychologové a představitelé Daseinanalýzy, mezi něž patří např. **Irvin Yalom**, **Viktor Emanuel Frankl**, **Ludwig Binswanger** či **Medard Boss** se zaměřují na „bytí ve světě“ a příčiny neurotické či psychotické existence jedince. Podle jejich názoru souvisí neurotická úzkost s uvědoměním si pocitu izolace, ztráty smyslu a smrti (Yalom, 2006). Frankl navíc vnesl do psychologie pojmy noogenní či existenciální neuróza, která je dle jeho názoru způsobena existenciální frustrací, plynoucí z pochybností o smyslu vlastní existence a vyvinul také vlastní techniky pro práci s neurotickými jedinci. **Carl Ransom Rogers** popsal v rámci své **terapie zaměřené na člověka** neurotický vývoj původně zdravého a „dobrého“ jedince jako důsledek záporného sebehodnocení, které jedinec přejal během svého vývoje od okolí (Rogers, 1998).

4. Psychická zátěž ve školním kontextu

Přechod ze základní školy na střední školu, ke kterému v České republice dochází kolem 15. roku života, je velmi výraznou změnou, která s sebou přináší zvýšenou zátěž a mnohá rizika. Mladý člověk se ocitá v nových sociálních skupinách, v novém prostředí, přičemž bývá mnoho jeho původních sociálních vazeb rozvolněno. Zvládnutí těchto změn nebývá v mnoha případech snadné. K tomu se přidává také setkání s novými učiteli a jejich požadavky, s novými předměty, jež mohou být pro adolescentního jedince hlavně na počátku středoškolského studia obtížně uchopitelné, a s jinými nároky jak ze strany spolužáků, tak také rodičů. Při přechodu na novou školu ztrácí mladý člověk sociální pozice, jež měl v původní škole, třídě, či v kontaktech s učiteli, kteří jej znali.

Tato změna může mít jistě mnoho pozitivních aspektů a může představovat i jakousi „novou šanci“ pro vybudování lepších pozic, ale nebývá tomu tak vždy. Na středních školách bývají většinou slabší a volnější vazby na učitele, než na školách základních. Dítě, které bylo zvyklé na základní škole dosahovat dobrých výsledků i s vynaložením malé námahy, může být zaskočeno množstvím učiva, aktivnějšími spolužáky, či vlastním neúspěchem. Frustrující bývá také zjištění, že jedinec své schopnosti přecenil či podcenil a zvolil si typ školy či obor, který mu nevyhovuje. Často dochází také k nepochopení ze strany rodičů, kteří nejsou schopni citlivě reagovat na novou situaci a vyžadují po mladém člověku, aby dosahoval výsledků, na které byli doposud zvyklí. Mírné a v mnoha případech přechodné zhoršení známek v prvních měsících studia na střední škole je přitom běžné, a to zvláště u těch mladých lidí, kteří hůře odhadují požadavky nových učitelů, pomaleji se přizpůsobují novým podmínkám, obtížněji navazují kontakty, mají méně vyvinuty seberegulační strategie, nejsou zvyklí jednat samostatně, nevyužívají vhodné copingové strategie, či byli na základních školách nadhodnocováni. Mnozí adolescenti navíc do nové školy delší dobu dojíždějí, což může být spojeno s výraznější únavou. Určitá zátěž bývá spojena také s ubytováním na domovech mládeže, kde mladému člověku náhle chybí zázemí rodiny a kde tráví velkou část svého času bez přímého dozoru dospělých. Nutnost přizpůsobit se druhým a navázat blízké kontakty s lidmi mimo vlastní rodinu bývá na domovech mládeže ještě mnohem výraznější. Problematická bývá i situace, kdy se mladý člověk cítí na domově mládeže dobře z důvodu silně narušených vazeb s rodinou, neboť se nezřídka musí vyrovnat s pocitem, že doma není jeho přítomnost žádoucí.

Kromě výše popsaného je pro vývojové období adolescence typické také hledání vlastní identity, navazování bližších kontaktů s opačným pohlavím, pochybnosti ohledně vlastního těla i vlastních schopností, odpoutávání se od původní rodiny či nejistota doprovázející úvahy o vlastní budoucnosti a životním směřování. Jedná se nepochybně o náročné životní období, v němž má mladý člověk za úkol vyrovnat se s mnoha změnami a nároky, a to i v případě, že neprožívá další stresující či traumatizující události.

Podle Hakena (2009) **dochází v 15 letech u obou pohlaví k náhlému nárůstu těsnosti vztahu mezi školními problémy a depresivitou**, která se kolem 17 let snižuje opět na úroveň 13. roku věku. Také Haken se domnívá, že je tento jev způsoben zvýšenými nároky na dospívající. Langmeier et al. (1989, s. 34) popisuje, že „křehkost nově se ustalující osobnosti v krizovém období hledání identity dává prognosticky značné možnosti k „přehození výhybek“ porušeného vývoje“. Dle Luebbe se je **„zatížení depresivními symptomy u adolescentů výraznější tam, kde psychosociální zátěžové situace překračují psychické kompetence mladého člověka. Prostředí školy hraje v socializaci a psychickém vývoji mladého člověka obzvláště významnou roli**. Z tohoto důvodu nabízí prostředí školy také bohatý zdroj informací, když jde o to, zkoumat depresivní symptomy zátěže žáků jako reakci na všední psychosociální zátěžové momenty“ (Luebbers, 2008, s. 1).

V souvislosti s popisem depresivních symptomů hovoří mnozí odborníci o změně či **zhoršení kognitivních funkcí a zkreslujících kognitivních procesech**, a to jak ve formě nedostatků v aktivním zpracovávání informací, tak ve formě snížené schopnosti sebeovládání, negativního atribučního stylu, nízké sebeúcty, pocitů bezmocnosti a beznaděje a s tím spojeným **zhoršením školního prospěchu** (srov. např. Barona Peixoto, 1991, Kendall, Stark, Adam, 1990, Kaslow, Rhem, Pollack a Siegal, 1988, in Ronenová, 2000). „Na sebe zaměřené přemítání v kontextu depresivní nálady vede ke **zhoršení pozornosti** věnované důležitým úkolům (např. studiu, řešení signálů o zdravotních problémech). Kromě tohoto omezení pozornosti a aktivace nezbytných kognitivních aktivit přispívá k narušení výkonu skutečnost, že opakované katastrofické přemítání vede ke **zvýšení sebekritičnosti, nejistoty a pesimismu**“ (Stuchlíková, 2002, s. 119). Na zhoršení školních výsledků upozorňuje např. také Carr–Gregg (2012), který tvrdí, že se u depresivních dospívajících můžeme velmi často setkat s nezájmem o školní práci, oblíbené předměty i mimoškolní činnosti, se zvýšenou mírou únavy a zhoršeným soustředěním, což

může následně vést ke zhoršení školních výsledků, frustraci, ztrátě motivace či k apatii. Děti pak dle jeho názoru pracují nedbale, neboť jim přibývá nesplněných úkolů. Essau (2007) popisuje příznaky depresivity ve školním prostředí následovně:

- častá absence nebo pokles školních výsledků;
- znuďenost;
- nadměrná nervozita nebo ztráta energie;
- žádný zájem o hry s přáteli, sociální izolace;
- nevysvětlitelné výbuchy křiku, pláče nebo nepřátelství;
- agresivní, antisociální či bezohledné chování;
- výraz hrůzy či strachu;
- časté nespecifické stížnosti na tělesné obtíže jako bolesti břicha či hlavy.

Není možné rozpoznat a jednoznačně popsat **příčiny školní neúspěšnosti či zhoršení prospěchu**, neboť je u každého jedince podmíněno multifaktoriálně, přičemž je pro jednotlivé faktory typická velká individuální variabilita spojená s rozmanitostí jeho sociálních vazeb a prostředí. Působení různých vlivů se liší také svou intenzitou, načasováním či kombinací. Jelikož nejsme schopni postihnout všechny proměnné, bylo by vyvozování kauzálních vztahů pouhou spekulací. Na základě mnoha dat o depresivních symptomech je však dle našeho názoru určitá **souvislost mezi školním prospěchem a depresivitou** zřejmá, což poněkud poeticky vyjádřili i Martin & Waltmanová-Greenwoodová (1997, s. 31). „Bez ohledu na pohlaví a věk, pokaždé když se krátkodobý smutek změní v dlouhodobou depresi, působí to, jako kdyby někdo nasypal písek do soukolí mechanismu rodinného i školního života postiženého dítěte. Důsledkem logicky bývají i obtíže s učením“. Také dle Luebbe (2008) **se u depresivní mládeže objevují v průměru větší školní obtíže**. Kromě toho mají depresivní žáci horší průměry známek, poruchy v sociálních vztazích s přáteli, spolužáky a vrstevníky a většinou také napjatější vztah ke svým učitelům, než jiní žáci. Kognitivní výkon depresivní osoby je omezený a **současně se objevují úzkostné symptomy nebo sociální fobie**. **Souvislost mezi depresivitou a neuroticismem** popisují také Petermann, Maercker, Lutz, & Stangier

(2011). Podle jejich zjištění předchází vzniku deprese často psychické symptomy, jako např. brzy vyvinuté sklony k intenzivnímu prožívání strachu či neuroticismus.

Ve vztahu ke škole to znamená, že depresivní a neurotický student má potíže zapojit se do školních skupin, zatímco jeho školní výkony klesají a on se z důvodu obav ze selhání a školy stále více vyhýbá vyučování. Říčan & Krejčířová (2006) upozorňují na **vysokou incidenci deprese u dětí s poruchami učení** (udávají až 40%), jež může být zřejmě reakcí na opakované selhávání a hyperkritické postoje okolí. I tuto skutečnost je třeba mít při zkoumání depresivity a neuroticismu v období puberty a adolescence na zřeteli. I když výše zmínění autoři popisují zhoršení prospěchu jako faktor, jež doprovází depresivní poruchy u dětí a dospívajících, neuvádějí odkaz na výzkum, v němž by tato domněnka byla ověřena.

Problémem zůstává skutečnost, že depresivní adolescenti snadno uniknou pozornosti učitelů, kteří mohou znučenost, zhoršení školního prospěchu, emocionální výkyvy či např. častější absenci považovat za projevy typické pro popisované vývojové období. Určení jasnější hranice mezi normálním vývojem a patologií je možné pouze na základě odborného vyšetření. **Adolescenti se zvýšenou mírou depresivity na sebe v mnoha případech upozorňují méně, než jiní studenti.** „Výzkumy sledující důvody odeslání k terapii ukázaly, že rodičům a učitelům nejvíc vadí takové chování dítěte, které se v literatuře označuje jako *nedostatečně kontrolované chování* (např. negativismus, agresivita, násilí a neposlušnost). Titiž **dospělí mají sklon přehlížet problémy dětí označované jako *přehnaně kontrolované chování* – kam patří strachy a úzkosti, nízké sebevědomí, nízká sebedůvěra a deprese** – které mohou budoucí rozvoj dítěte narušovat stejně vážně“ (Aschenbach, 1985; Hodbes, Gordon a Lennon, 1990; Mash a Terdal, 1988, in Ronenová, 2000, s. 29). Tomuto tvrzení odpovídá také názor Groena a Petermanna (2002), kteří **přiřazují depresi k internalizovaným poruchám, resp. k poruchám spojeným s nadměrnou kontrolou.** Podle Luebbe (2008) se na rozdíl od člověka, trpícího externalizovanými poruchami (hyperaktivitou či agresivním chováním), chová depresivní osoba často nenápadně, což potvrzují i Martin a Waltmanová-Greenwoodová (1997), podle nichž **nejčastěji trpí depresí děti, které bývají charakterizovány jako citlivé, dobře vychované, snažící se udělat dospělým radost, které berou své školní i osobní povinnosti velmi vážně a přistupují k nim zodpovědně.** V době, kdy začíná být u těchto dětí patrná ztráta motivace a zhoršená schopnost učení, mívají za sebou často už

dlouhé období deprese, čítající týdny či měsíce. Jelikož se domníváme, že větší procento mladých lidí, kteří berou své osobní povinnosti vážně a přistupují k nim zodpovědně, bude zastoupeno mezi studenty gymnázií, kteří prošli úspěšně přijímacími zkouškami a jsou nuceni podávat vyšší výkony v kognitivní oblasti, než mezi mladými lidmi na učebních oborech bez maturity, **bylo by možno v souvislosti s tvrzením výše zmiňovaných autorů očekávat vyšší míru depresivity u studentů gymnázií, než u studentů jiných typů škol, popř. u studentů s lepším prospěchem, než u studentů s podprůměrnými školními výsledky.**

Pro vzdělávací proces a pedagogicko-psychologické působení ve škole je dle našeho názoru důležité se zaměřit na faktory, které přispívají ke studijnímu úspěchu. Bylo zjištěno, že mladí lidé od 13, 14 let, kteří jsou nadaní, uvažují hloubavěji, stávají se introvertnějším a vyhovuje jim strukturované školní prostředí, zatímco méně nadaní adolescenti jsou s postupem času od tohoto věku extravertnější a jejich učební prostředí i samotný proces získávání informací jsou chaotičtější (srov. Zislerová, 2010). Zislerová dále uvádí, že **v současné době zatím existuje málo výzkumů, jež by se zabývaly souvislostí neuroticismu a školního úspěchu.**

K rozdílům mezi pohlavím, na něž je třeba pomýšlet také ve školním prostředí, uvádí Luebbers (2008), že dívky reagují na rozdíl od chlapců na stresory a poruchy ve svém bezprostředním okolí spíše stažením se. U chlapců se rozvíjejí na základě depresivních poruch a stresorů spíše komorbidní poruchy, jako je nápadné chování nebo větší potřeba pozornosti. Tento rozdíl může, přeneseme-li jej do školního prostředí, vést k tomu, že **především u chlapců bývají deprese skryty za komorbidní poruchy, projevující se provokativním chováním**, a proto může být těžší je rozpoznat. Dívky mohou naopak častěji unikat pozornosti dospělých kvůli nenápadnému chování.

4.1. Vliv typu školy na sebepojetí

Dle názorů řady odborníků existují poznatky, podporující **souvislost mezi pozitivním sebepojetím a školním výkonem**. Helmke a Weinert (1997, in Wetsel, 2007) popisují, že **školní úspěch** měřený známkami, **závisí** podle jejich výzkumů, jež byly potvrzeny metaanalytickými výsledky Frasera a kol. (1987), **především na třech faktorech, jimiž jsou:**

- faktory žáka (osobnostní faktory, jako jsou např. pracovní chování, sebeřídící strategie apod.);
- faktory vyučování (osobnost učitele, styl výuky apod.);
- faktory kontextu (např. rodinné vztahy, třídní – školní a externí faktory).

Faktory na straně žáka jsou dle výše zmíněných autorů těmi nejdůležitějšími. Stabilní vnitřní vztahový systém pomáhá studentům mj. s tím, aby dosáhli základní rozhodovací jistoty, která působí pozitivně na učební proces a školní výsledky, neboť díky ní dochází ke snižování rizik chování (srov. Lerch, Rausch, Schlesier, 2000, in Tupaika, 2003). Helmke (1992, in Tupaika, 2003) dokonce na základě svých empirických zjištění prokázal, že s **výkonem související sebedůvěra** hraje klíčovou roli téměř ve všech fázích učebního a výkonového procesu, přičemž je tento sebekoncept důvěry ve vlastní výkony v těsném vztahu k úrovni vstupních znalostí, k míře inteligence a výkonové motivaci. Dle Helmkeho hraje ve srovnání s jinými ne-kognitivními aspekty sebepojetí výkonově zaměřená sebedůvěra klíčovou roli i pro **predikci školního úspěchu**, jelikož přímo ovlivňuje výkon, a to třemi mechanismy: zvýšenou intenzitou snahy (především u domácí přípravy) zvýšenou mírou angažovanosti (především ve vyučování) a v ochraně před úkolově irelevantními pochybnostmi o sobě samém. Výrazné podceňování vlastních schopností, resp. **nízká úroveň sebedůvěry dle něj působí negativně na vývoj výkonnosti**. Na základě těchto tvrzení by bylo možné předpokládat, že **studenti s horší výkonností ve školním prostředí**, posuzovanou na základě školního prospěchu, **prožívají mezi svými spolužáky častěji pochybnosti o sobě samých**. Dle Tupaiky (2003) souvisí školní selhání mj. s negativní atribucí, jejímiž dalšími důsledky jsou podle výzkumů Nuska (1986, in Tupaika, 2003) **úzkostnost, neuroticismus, depresivita a autoagrese**.

Výzkumy Rheiberga a Enstrupa (1977, in Tupaika, 2003) dále ukazují, že **sebehodnocení studentů závisí na jejich vztahové skupině**. Zatímco např. žáci zvláštní školy, s určitou mírou inteligence, vykazují lepší sebehodnocení s ohledem na vlastní výkon, žáci se srovnatelnou mírou inteligence na obvyklé škole, kteří se pohybují mezi úspěšnějšími spolužáky, vykazují nižší sebehodnocení. Po přechodu na jiný typ školy (např. SŠ) dojde ke změně vztažné skupiny, čímž se sníží rozdíly v sebepojetí uvnitř jedné třídy a důležitějším pro sebepojetí se stává chování učitelů a tím ovlivněná schopnost podávat výkon. Helsper & Böhme (2008) pracují s termínem „osobnost žáka“, která je dle

jejich názoru výsledkem osobnostního vývoje jedince a faktorů školy. Škola, i když samozřejmě nejen ona, dle jejich názoru výrazně ovlivňuje sebepojetí mladého člověka a to už i tím, co je ve školním prostředí považováno za úspěch či neúspěch.

Steinhausen (2006, in Luebbers, 2008) se domnívá, že na základě rozdílné míry časové i obsahové zátěže, která byla zjištěna v Německu u studentů tzv. hlavní školy (Hauptschule) ve srovnání se studenty gymnázia, je možno se domnívat, že se duševní stav studentů bude lišit v rámci různých typů škol. **S depresiemi u mladých lidí a žáků se dle něj proto setkáváme častěji či méně často v závislosti na typu školy.** Luebbers (2008) na tuto myšlenku při svých výzkumech navazuje a předpokládá, že **pokud vycházíme z faktu, že odborné i časové nároky, jež jsou kladeny na gymnazisty, jsou vyšší, než na studenty jiných typů škol (Realschule, Hauptschule), měli bychom se v rámci tohoto typu studia setkat s více indikátory rozvoje deprese.**

Podle Big Five je **jedna z nejsilnějších vnitřních proměnných, která ovlivňuje sebevědomí, inteligence.** V tomto pojetí nejde o inteligenci měřenou testy inteligence, ale o inteligenci, jež bývá označována jako otevřenost, originalita či otevřené myšlení (srov. Sedláčková, 2009). Zeichner a Matthews (2000, in Schick, 2008) prokázali na základě různých metaanalýz pozitivní vztah mezi inteligencí a otevřeností pro nové zkušenosti. Kromě toho **byla prokázána slabší negativní souvislost mezi inteligencí a neuroticismem, depresivitou** a strachem. Také Olszewski-Kubilius a Kulieke (1989, in Schick, 2008) dospěli po prozkoumání empirických dat z výzkumů nadaných adolescentů k závěru, že ačkoliv se srovnávané studie v některých aspektech liší, celkově vypovídají **ve prospěch vysoce nadaných, neboť jsou nezávislejší, mají silnější intrinsickou motivaci, jsou flexibilnější, mají vyšší sebehodnocení a jsou psychicky lépe přizpůsobiví.** Ani výzkumy týkající se speciálně depresivního ladění a sebehodnocení vysoce nadaných studentů (Davis, 1996, Field et al., 1998), neprokázaly u této skupiny žádné zvláštní osobnostní zatížení.

Vážným tématem, jež bych v souvislosti s výše popsáním na tomto místě alespoň krátce zmínila, je **problematika sebevražd mladých lidí z důvodu školního selhání.** Podle atribučně-teoretického modelu deprese - naučené bezmocnosti (srov. Stiensmeier et al., 1991, in Tupaika, 2003), vede upřednostňování generelní, stabilní atribuce k chronifikaci stresovou (školní) situací vyvolané depresivní symptomatiky. Žák se cítí vydán zcela napospas institucionálním podmínkám školy a stojí proti nim zdánlivě

bezmocně. Jediným východiskem pak může být rozhodnutí o dobrovolné smrti, jako extrémní formě obranné reakce přetíženého studenta (srov. Creamer, 1980; Neraal 1980, in Tupaika, 2003). Schmidt & Poustka (2007) udávají, že **suicidia patří k nejčastějším nepřírozeným příčinám úmrtí v dětském a mládežnickém věku**. Podle nich je zadávání dotazníků na zjišťování míry depresivity smysluplné jako prostředek k vedení dialogu, ve školním prostředí pak při horším výkonu spolu s vyšetřením intelektuálních schopností, jelikož **deprese bývají přítomny jako doprovodná diagnóza u suicidia cca ve 2/3 případů**, vedle disociálního chování, závislostí a úzkostných poruch. Domníváme se, že i toto disociální chování a závislosti mohou být u adolescentů symptomy depresivity. **I z tohoto důvodu považujeme za velmi přínosné, věnovat se souvislostem mezi depresivitou, neuroticismem, školním prospěchem a typem školy**, aby mohly být získané poznatky případně využity k vyhledávání a co nejpřesnější diagnostice ohrožených jedinců, resp. k prevenci suicidálního chování.

5. Teoretická východiska výzkumu

Empirická data, teorie, hypotézy i výsledky mnoha výzkumů, které jsme získali studiem odborné literatury, jsme v předchozích částech poměrně podrobně popsali a rozčlenili do různých oblastí, z nichž jsme vycházeli při sestavování výzkumného plánu.

Na souvislost mezi depresivitou a školním prospěchem jsme se zaměřili mimo jiné na základě tvrzení mnoha autorů, kteří popisují, že jedním z hlavních symptomů depresivity bývá zhoršení kognitivních funkcí, soustředění a motivace, což vede ke zhoršení školních výsledků (srov. např. Peseschian, 1999; Parry-Jones, 1985, in Branik, 1990; Říčan & Krejčířová, 2006; Zapotoczky & Fischhof, 2002; Ronenová, 2000; Luebbers, 2008). V souvislosti s popisem depresivních symptomů hovoří mnozí odborníci o změně či zhoršení kognitivních funkcí a zkreslujících kognitivních procesech, a to jak ve formě nedostatků v aktivním zpracovávání informací, tak ve formě snížené schopnosti sebeovládání, negativního atribučního stylu, nízké sebeúcty, pocitů bezmocnosti a beznaděje a s tím spojeným zhoršením školního prospěchu (srov. např. Barona Peixoto, 1991; Kendall, Stark, Adam, 1990; Kaslow, Rhem, Pollack a Siegal, 1988, in Ronenová, 2000). „Na sebe zaměřené přemítání v kontextu depresivní nálady vede ke zhoršení pozornosti věnované důležitým úkolům (např. studiu, řešení signálů o zdravotních problémech). Podle Carr-Gregga (2012) jsou rizikovými faktory, které ovlivňují vznik deprese, např. problémy ve škole. Říčan & Krejčířová (2006) upozorňují navíc na **vysokou incidenci deprese u dětí s poruchami učení** (udávají až 40%), což může být zřejmě reakcí na opakované selhávání a hyperkritické postoje okolí. Podle Luebberse (2008) se na rozdíl od člověka, trpícího externalizovanými poruchami (hyperaktivitou či agresivním chováním), chová depresivní osoba často nenápadně, což potvrzují i Martin a Waltmanová-Greenwoodová (1997), podle nichž **nejčastěji trpí depresí děti, které bývají charakterizovány jako citlivé, dobře vychované, snažící se udělat dospělým radost, které berou své školní i osobní povinnosti velmi vážně a přistupují k nim zodpovědně.**

S vyšší mírou depresivity bývá dávána často do spojitosti vyšší míra neuroticismu, takže neurotičtí jedinci bývají charakterizováni jako depresivní (srov. Eysenck, 1968, in Hřebíčková, 2011). Pro ověření tohoto tvrzení jsme v rámci našeho výzkumu porovnávali míru depresivity a neuroticismu u respondentů.

Jelikož se nám nepodařilo dohledat výzkum, který by se zabýval přímo souvislostí mezi depresivitou či neuroticismem a prospěchem adolescentů (což může souviset mj. s faktem, že téma depresivity a neuroticismu v dětství a adolescenci bylo po dlouhou dobu opomíjeno – srov. Zislerová, 2010), vycházeli jsme z analýzy dat tematicky příbuzných výzkumů od různých autorů. **Existují různé domněnky týkající se souvislosti mezi nadáním, inteligencí a depresivitou či neuroticismem, i velmi odlišná zjištění na základě provedených výzkumů.** Podle některých autorů si nadaný jedinec uvědomuje výrazněji rozpor mezi svými možnostmi a limity, což může vést k endogenní depresi (srov. Web, 1993; Brody & Benbow, 1986, in Holasová, 2006). Jiní autoři poukazují na fakt, že nadané děti jsou pravděpodobně citlivější k emocionálním výkyvům v rodinách, přesto neexistuje jasná evidence o jejich náchylnosti k sociálním a emocionálním problémům.

Rheiberg a Enstrup (1997, in Tupaika, 2003) dokládají na základě vlastních zjištění, že **sebehodnocení studentů, jež následně ovlivňuje jejich duševní stav, závisí na jejich vztahové skupině.** Obdobně se vyjadřují také Helsper & Böhme (2008) či Steinhausen (2006, in Luebbers, 2008), dle nichž **se lze domnívat, že se duševní stav studentů bude lišit v rámci různých typů škol.** Otázka však zní – v jakém směru? Martin & Waltmanová-Greenwoodová (1997) **očekávají vyšší míru depresivity a neuroticismu u náročnějších studijních oborů, mezi něž patří např. gymnázia, ve srovnání s jinými typy škol.** Holasová (2006) ve svém výzkumu prokázala **vyšší míru depresivity u rozumově nadaných adolescentů.**

Také dle Zeichnera a Matthewse (2000, in Schick, 2008) či Sedláčkové (2009) souvisí míra depresivity či neuroticismu s mírou inteligence. **Tito autoři se ovšem na rozdíl od výše zmíněných tvrzení domnívají, že je míra depresivity a neuroticismu u inteligentnějších studentů nižší, než u studentů jednodušších oborů,** jelikož jsou nezávislejší, mají silnější intrinsickou motivaci a vyšší sebehodnocení. Na zjišťování míry inteligence se náš výzkum přímo nezaměřoval, ale trůfáme si vyslovit předpoklad, že je míra inteligence studentů gymnázií (i s ohledem na přijímací zkoušky na tento typ školy a náročnost studia) obecně vyšší, než míra inteligence studentů nematuritních oborů. Řada dalších autorů shodně poukazuje na lepší přizpůsobivost, nižší míru úzkosti, vyšší produktivitu a motivaci u nadanějších jedinců (Freemanová, 1993, in Holasová, 2006; srov. dále Garlandová, Zigler, 1999, in Holasová, 2006). **Zjištěný rozpor v tvrzeních**

různých autorů jsme se rozhodli ověřit porovnáváním míry depresivity u studentů různých typů škol s rozdílnou náročností studia.

Při rozhodování o tom, jak dlouhé časové období do výzkumu zahrneme, tj. zda se zaměříme pouze na aktuální údaje o prospěchu, či vyhodnotíme prospěch za delší časové období, jsme vycházeli z poznatků, jež formulovali např. Martin a Waltmanová-Greenwoodová (1997). Tito autoři tvrdí, že deprese není krátkodobou záležitostí a v době, kdy se u dítěte projeví změny ve školní práci, mívá za sebou někdy již dlouhé období deprese. **Často trvá celé týdny, ba i měsíce, než dítě, které trpí depresí, ztratí motivaci a než se zhorší jeho schopnost řešit školní problémy,** pamatovat si základní fakta učební látky a úkoly, jež má vypracovat. Jak ovšem udávají Hinz, Berth, Kittel, & Singer (2011), je časová stabilita (test-retest-reliabilita) u klinicky-psychologických dotazníků na depresivitu a úzkostnost jak koncepčně problematicky ověřitelná, tak také empiricky nedostatečně podložená. Je problematické předpovědět časový vývoj u jedinců, kteří dosahují nadprůměrných hodnot i pravděpodobnost, že normální hodnoty u sledovaného jedince zůstanou v oblasti normy i po uplynutí určité doby. Podle jednoho výzkumu $n=300$ (HADS škála – Herrmann et al., 1995, Zigmond & Snaith, 1983, in Hort, 2000), leží časová stabilita mezi 0,60 a 0,75. Největší je u respondentů dotazovaných v krátkém časovém rozestupu (3 týdny), přičemž nebyly zjištěny rozdíly mezi časovou stabilitou úzkostnosti a depresivity mezi muži a ženami, ale ženy dosahovaly vyšších hodnot na škále emocionální lability (neuroticismu). Nutné jsou dle autorů další výzkumy v této oblasti.

Rozhodli jsme se také **porovnat míru depresivity a neuroticismu dívek a chlapců** a podrobněji **popsat symptomy typické pro jednotlivá pohlaví,** neboť dostupné výzkumy poukazují na fakt, že i v této oblasti existují genderové rozdíly a to jak ve smyslu zvýšeného rizika deprese u žen (srov. Horwath, Weissman, in Krch & Csémy 2005), tak také v konkrétních projevech depresivity a neuroticismu (srov. Rutz, 2010). Jak ale připomínají Weissman a Klerman (in Krch & Csémy, 2005), není to jenom tím, že ženy mají tendenci více mluvit o svých problémech a snadněji požadují podporu a pomoc než muži, ale také reagují jinak než chlapci na některé položky v dotaznících, což zjistili také Krch a Csémy, podle nichž si z jednotlivých depresivních příznaků **chlapci nejčastěji stěžovali na poruchy soustředění, děvčata na celkový pocit skleslosti a na pocity smutku.** Obdobně se vyjadřuje také Essau (2007). Jedním z cílů našeho výzkumu je ověření těchto tvrzení u výzkumného vzorku s využitím sebeposuzovací škály, přičemž si

jsme vědomi omezení, které s sebou tato metoda přináší, a které stručně shrnuje také Ronenová, podle níž **„je důležité nechápat sebezpozování dítěte jako skutečnou pravdu, odrážející objektivní realitu (tj. „toto dítě je v depresi“), ale spíše jako popis toho, jak dítě prožívá své vlastní vnitřní pocity a své chování (tj. „toto dítě se cítí depresivně“ nebo „toto dítě má pocit, že trpí depresí“).** Kromě toho může být sebezpozování dítěte ovlivněno různými situačními proměnnými“ (Ronenová, 2000, s. 31). Kromě porovnávání výsledků mezi pohlavími se chceme zaměřit také na **hledání symptomů, které nejvýrazněji odlišují depresivní adolescentní jedince od jedinců nedeprativních.**

VÝZKUMNÁ ČÁST

6. Metodologický rámec výzkumu

6.1. Předmět a typ výzkumu

Výzkum je zaměřen na oblast pedagogické psychologie, konkrétně na ověření a deskripci případné souvislosti mezi depresivitou, neuroticismem a školním prospěchem v populaci středoškolské mládeže, dále na porovnání míry depresivity a neuroticismu u studentů různých typů škol a také na porovnání míry depresivity, neuroticismu a depresivních symptomů mezi pohlavími. Potřebnost výzkumu vychází dle našeho názoru především ze zjištění, že otázce depresivity v dětství a adolescenci byla věnována až do nedávné doby minimální pozornost. Až na přelomu 80. let se v nejznámější americké učebnici psychiatrie autorů Kaplana, Friedmana a Sadocka objevuje samostatná kapitola věnovaná afektivním poruchám u dětí, tedy i depresi (Goetz, 2005). Považujeme za přínosné věnovat této problematice pozornost mj. právě v oblasti školství, neboť podle dosavadních odborných názorů depresivita i neuroticismus úzce souvisejí s kognitivními funkcemi, školním prospěchem, hodnocením dítěte i jeho zapojením do vzdělávacích činností, detailnější výzkumné poznatky v této oblasti však chybí. Znalost případných souvislostí může napomoci diagnostice, rozšířit povědomí psychologů i pedagogických pracovníků o výše zmíněných tématech a v neposlední řadě také zmapovat aktuální stav a ověřit data získaná v souvisejících výzkumech. Výzkum je zaměřen také na popis rozdílné depresivní symptomatiky adolescentních chlapců a dívek v českém prostředí, čímž chceme nepřímo navázat na Gotlandskou studii a věnovat pozornost názoru, že zohledňování genderové odlišnosti hraje významnou roli už při diagnostice. V našem výzkumu se jedná o **korelační a diferenciační studii s využitím metody dotazníkového šetření.**

6.2. Cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy

Cílem výzkumu bylo především **rozšíření poznatků v oblasti depresivity a neuroticismu adolescentů** s důrazem na zkoumání souvislosti mezi:

- depresivitou a školním prospěchem studentů 2. a 3. ročníků gymnázií, SOŠ a učebních oborů bez maturity;

- mírou depresivity a neuroticismu u těchto studentů;

a dále jsme se zaměřili na:

- porovnání míry depresivity u jednotlivých zkoumaných studijních oborů;
- porovnání míry depresivity s ohledem na genderové odlišnosti;
- deskripci depresivní symptomatiky u obou pohlaví.

Na základě rešerše vybraných publikovaných poznatků, týkajících se námi zkoumané problematiky, jsme stanovili **jedenáct hypotéz**, pro jejichž upřesnění **vymezujeme následující důležité pojmy**:

Mírou depresivity je v hypotézách míněna hodnota hrubého skóru naměřená v dotazníku BDI-II.

Školním prospěchem je v hypotézách míněn průměr známek z tzv. hlavních předmětů (český jazyk, matematika, 1. cizí jazyk, tj. cizí jazyk, který se student učí nejdéle) ze dvou po sobě jdoucích posledních vysvědčení (pololetí školního roku 2013 - 2014 a závěr školního roku 2012 – 2013).

Gymnáziem jsou v hypotézách míněny všechny druhy tohoto typu škol bez rozlišení (víceletá, státní, soukromá, církevní, sportovní aj. gymnázia). U víceletých gymnázií jde o studenty, kteří spadají do skupiny odpovídající 2. a 3. ročníku čtyřletého studijního programu.

Studenty jsou v hypotézách míněni jedinci navštěvující 2. a 3. ročník zmíněného typu školy v rámci denního studia (s výjimkou nástavbového studia).²

Středními odbornými školami (SOŠ) jsou v hypotézách míněny střední školy s obory, které jsou ukončeny maturitní zkouškou (s výjimkou konzervatoří).

² U studentů 1. ročníků nejsou po 1. pololetí k dispozici požadované 2 průměry prospěchu z jedné školy, proto nejsou do výzkumu zařazeni. Na studenty 4. ročníků nebude výzkum zaměřen z toho důvodu, že učební obory bez maturity jsou až na výjimky tříleté.

Učebními obory bez maturity jsou v hypotézách míněny skupiny oborů E a H dle klasifikace Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, tj. střední vzdělání s výučním listem.

Mírou neuroticismu je v hypotézách míněna hodnota hrubého skóru naměřená v dotazníku neuroticismu N-5.

Sledovanými soubory jsou v hypotézách míněny soubory studentů gymnázia (soubor 1), SOŠ s maturitou (soubor 2) a učebních oborů bez maturity (soubor 3).

Hypotézy jsou následující:

H1: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem u studentů gymnázií.

H2: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem u studentů SOŠ.

H3: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem u studentů učebních oborů bez maturity.

H4: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů gymnázií.

H5: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů SOŠ.

H6: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů učebních oborů bez maturity.

H7: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou depresivity a neuroticismu u studentů gymnázií, SOŠ a učebních oborů bez maturity.

H8: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou depresivity u jednotlivých sledovaných souborů.

H9: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou neuroticismu u jednotlivých sledovaných souborů.

H10: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou depresivity chlapců a dívek v rámci výběrového vzorku v tom směru, že míra depresivity u dívek je vyšší.

H11: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou neuroticismu chlapců a dívek v rámci výběrového vzorku v tom směru, že míra neuroticismu u dívek je vyšší.

Při vytváření výzkumného plánu jsme zvažovali možnost, ověřovat případné souvislosti (např. depresivita – školní prospěch či neuroticismus – školní prospěch) u všech sledovaných oborů současně (tj. sloučit např. hypotézy H1, H2 a H3 do jedné), ale nakonec jsme se rozhodli pro jejich postupné ověřování, mimo jiné i z toho důvodu, že v rámci bakalářské práce autorky výzkumu (Martináková, 2013) byla potvrzena u menšího vzorku respondentů souvislost mezi depresivitou a školním prospěchem pouze u studentů gymnázií.

Kromě hypotéz jsme si stanovili také následující tři výzkumné otázky:

1. Ve kterých položkách dotazníku BDI-II skórují výrazněji chlapci ze skupiny jedinců se střední a těžkou depresí oproti chlapcům s žádnou či mírnou depresí?

2. Ve kterých položkách dotazníku BDI-II skórují výrazněji dívky ze skupiny jedinců se střední a těžkou depresí oproti dívkám s žádnou či mírnou depresí?

3. Jakou míru depresivity vykazují podle dotazníku BDI-II osoby, u nichž jsou zvýšené skóry v položkách, jež jsou dle manuálu k tomuto dotazníku posuzovány jako ukazatele zvýšeného rizika suicidálního jednání?

6.3. Cílová populace a výběrový soubor

Zkoumanou populací jsou studenti 2. a 3. ročníků gymnázií (1. soubor), SOŠ (2. soubor) a učebních oborů bez maturity (3. soubor) ve Zlínském kraji. Jak bylo uvedeno výše, s ohledem na technický a ideový plán výzkumu, podle něhož mají být do výzkumu zahrnuty známky ze dvou po sobě jdoucích vysvědčení z jedné školy, byli z výzkumu vyřazeni studenti 1. ročníků a z důvodu, že učební obory bez maturity jsou až na výjimky tříleté, také studenti 4. ročníků. Jelikož zpracovatelka tohoto výzkumného projektu dlouhodobě pracovně působí ve školství ve Zlínském kraji, byl výběr výzkumného souboru situován právě do této oblasti, a to i s ohledem na lepší dostupnost respondentů a lepší

proveditelnost výzkumného záměru, než by tomu bylo ve vzdálenějších oblastech ČR (viz. kap. 6.7. Etické otázky výzkumu, kde popisujeme naše rozhodnutí, nabídnout studentům možnost, obrátit se na testující po skončení dotazníkového šetření).

Do výběru byly zahrnuty všechny typy **gymnází** bez rozlišení (víceletá, státní, soukromá, církevní, sportovní aj.). U víceletých gymnázií jsme se zaměřili na studenty, kteří spadají do skupiny odpovídající 2. a 3. ročníku čtyřletého studijního programu. Konkrétně se jednalo o studenty čtyřletého a osmiletého studijního programu na Masarykově gymnáziu ve Vsetíně, kteří jsou pro účely našeho výzkumu označeni jako soubor č. 1.

Do souboru č. 2 byli vybíráni studenti z **ostatních maturitních oborů** (s výjimkou konzervatoří), tj. z oborů tzv. Středního vzdělávání s maturitní zkouškou, kam patří dle rozhodnutí MŠMT skupiny oborů M a skupiny oborů L. Pro účely našeho výzkumu byl tento soubor nazván zkráceně jako SOŠ – maturitní obory. Konkrétně jsou v tomto souboru zastoupeni studenti ze SŠ nábytkářské a obchodní v Bystřici pod Hostýnem, studenti Integrované střední školy ve Valašském Meziříčí, studenti SOU Josefa Sousedíka ve Vsetíně a studenti SŠ Kostka ve Vsetíně, a to průřezově z různých studijních oborů.

Třetí soubor se skládá ze studentů tzv. Středního vzdělání s výučním listem, do nějž jsou zahrnuty skupiny oborů H a skupiny oborů E. Konkrétně je tento soubor zastoupen studenty **nematuritních oborů** ze SŠ nábytkářské a obchodní v Bystřici pod Hostýnem, studenty SOU Josefa Sousedíka ve Vsetíně a studenty Integrované střední školy ve Valašském Meziříčí.

Školy, jejichž studenti se měli zúčastnit výzkumu, byly vybrány **příležitostným výběrem**. Samotný výběr respondentů jsme původně měli v plánu provést kvótním výběrem, ale na základě statistických údajů UIV, zveřejněných na portálu Zkola (Olbertová, 2003-2012) o počtech studentů jednotlivých oborů ve školním roce 2012-2013 a pak 2013-2014 jsme vyhodnotili disproporce v počtech studentů u oborů, které měly být zahrnuty do výzkumu, jako významné a rozhodli jsme se proto pro výběr přibližně stejného počtu studentů do všech tří plánovaných souborů a pro výběr takových oborů, aby

v nich bylo přibližně vyrovnané zastoupení obou pohlaví pro následné srovnávání.³ Přehled počtů studentů v základním souboru je uveden v následující tabulce:

Počty studentů 2. a 3. ročníků ve školním roce 2013-2014 ve Zlínském kraji		
Gymnázia	SOŠ s maturitou	Učební obory bez maturity
2836	5590	3428

Tabulka 3: Počty studentů 2. a 3. ročníků gymnázií, SŠ s maturitou a učebních oborů bez maturity ve Zlínském kraji ve školním roce 2013-2014 (Olbertová, 2003-2012)

Výběrový soubor byl původně tvořen 388 studenty, z nichž do výzkumu nebylo zahrnuto 14 studentů z následujících důvodů:

- 5 zletilých studentů či zákonných zástupců nezletilých studentů nevyjádřilo souhlas s testováním;
- 2 studenti přestoupili v průběhu sledovaného období na námi vybranou školu z jiného školského zařízení a nesplňovali požadavek dvou po sobě jdoucích vysvědčení z jedné školy;
- 7 studentů nevyplnilo řádně dotazník a jejich data nebyla z tohoto důvodu zahrnuta do následné analýzy.

Celkový počet respondentů, jejichž data byla zahrnuta do našeho výzkumu, **je 374**. **Věkový průměr výběrového souboru je 17,6 let**. Srovnání věkových průměrů u všech oborů a obou pohlaví je možné na základě následující tabulky.

Věkový průměr výběrového souboru			
Obor	Chlapci	Divky	Celkem
Gymnázia	16,7	17,6	17,3
SŠ s maturitou	17,5	17,6	17,5
UO bez maturity	18,1	17,7	18,1
Celkový průměr	17,4	17,6	17,6

Tabulka 4: Věkový průměr výběrového souboru podle oborů a pohlaví N=374

³ Jsme si přitom vědomi faktu, že kvótní výběr podle procentuálního zastoupení jednotlivých oborů v populaci by byl variantou s větší vypovídací hodnotou. V rozsahu námi plánovaného výzkumu by skupina studentů gymnázia měla poměrně malý rozsah (24%), což by mohlo dle našeho názoru výrazně ovlivnit vypovídací hodnotu dat.

6.4. Nástroje měření a získávání dat

6.4.1. Dotazník na měření míry depresivity – BDI-II

Jelikož jsme se při sestavování výzkumného plánu rozhodli pro kvantitativní výzkum, postavený na využití statistických metod, zvolili jsme jako metodu získávání dat dotazníkové šetření. V rámci psychologické diagnostiky existuje řada dotazníků zaměřených na depresivitu. Pro účely našeho šetření jsme se rozhodli využít standardizovaný **Dotazník na zjišťování míry depresivity BDI-II** (Beckova sebezposuzovací škála deprese – Beck Depression Inventory). Tato škála **měří stav, ne depresivitu jako rys osobnosti** a zaměřuje se především na afektivní, motivační, fyziologické a kognitivní symptomy deprese. V zahraniční odborné literatuře je označována za osvědčený, validní a citlivý nástroj pro zjišťování míry depresivity (srov. Beck, Steer & Brown, 1999). Tento dotazník byl opakovaně upravován a jeho původní verze je známa pod zkratkou BDI. Pro účely našeho výzkumu je vhodný mj. z toho důvodu, že **je určen i pro testování adolescentů nad 13 let**. Podle autorů se jedná o „detektor možné deprese u normální populace, který **dokáže validně oddělit zdravou a nemocnou populaci**“ (Beck, Steer, & Brown, 1999, s. 5), což potvrzuje např. také Lukesch (1974), který se při svých výzkumech souvislosti inteligence a depresivity zaměřil na dvě nedeprativní a jednu depresivní skupinu a dotazníkové šetření podložil také podrobným psychiatrickým vyšetřením.

Dotazník BDI-II sestává z 21 položek, u nichž respondenti vybírají odpovědi na čtyřstupňové škále (0 – 1 – 2 – 3 body) a zakroužkováním čísla odpovědi vyjadřují, **jak se cítí během posledních 14 dnů**. Nemohou-li se rozhodnout mezi dvěma položkami, jsou instruováni, aby označili odpověď s vyšší číselnou hodnotou. Taktéž při vyhodnocování dotazníku je v případě, že respondent označil dvě odpovědi, počítána odpověď s vyšším číslem. U dvou položek (č. 16 – Změna spánku a č. 18 – Změny v chuti k jídlu) má dotazovaný k dispozici 7 alternativ odpovědí (0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3b), přičemž písmena označují zvýšenou a sníženou úroveň v těchto položkách oproti běžnému stavu, což je třeba zohlednit v následné analýze dat. **Celková maximální hodnota hrubého skóru je 63**. České názvy jednotlivých položek jsou z důvodu větší přehlednosti při popisu zjištěných výsledků uvedeny v kapitole 7.3.1.

Pro účely testování adolescentů jsme provedli **úpravu položky č. 21**, která původně zněla „*Ztráta zájmu o sex*“. **Přeformulovali jsme ji** na dotaz, týkající se *ztráty zájmu o*

(opačné) pohlaví. Při této úpravě jsme jednak zohlednili fakt, že někteří adolescenti nemají sexuálního partnera či partnerku a kromě toho jsme počítali i s variantou případného sexuálního zájmu o osoby stejného pohlaví. Příslušně upraveny byly z těchto důvodů také varianty odpovědí na tuto položku.

V manuálu k dotazníku BDI-II autoři uvádějí možnost, předložit dotazník respondentovi buď v písemné podobě, nebo provést administraci testu formou předčítání jednotlivých bodů (Beck et al., 1999). V rámci našeho výzkumu, v němž byla získávána data od velkého množství respondentů, jsme zvolili způsob **skupinové písemné administrace**, která umožňuje respondentům dle našeho názoru také možnost pracovat individuálním tempem a lépe se rozhodovat a je rovněž v souladu s naším plánem provést anonymní šetření. Elektronickou formu testování, která by byla výhodnější pro následné zpracování dat a snížila by i finanční náklady na kopírování, jsme po zvážení různých argumentů zamítli. Důvodem bylo jednak zajištění většího pocitu anonymity testovaným studentům, díky němuž očekáváme menší zkreslení označených odpovědí, jež by bylo při hromadném testování na počítačích ohroženo faktem, že vzadu sedící studenti mohou vidět na monitor studentů sedících vpředu a také jsme tímto krokem chtěli předejít případným komplikacím s fungováním počítačové sítě a zabezpečením získaných dat na školách, které nám realizaci výzkumu umožnily.

6.4.2. Dotazník na měření míry neuroticismu N-5

Jedná se o screeningový dotazník autorů Knoblocha a Hausnera, v němž dotazovaná osoba (obdobně jako v dotazníku BDI-II) označuje, **zda pocítovala v uplynulých čtrnácti dnech popsané stavy** a pokud ano, **v jaké míře**. Celkem je nutno se u **33 položek** rozhodnout pro jednu ze 4 variant odpovědí (ne – mírně – značně – velmi značně), kterým jsme pro účely následné statické analýzy dat přidělili hodnoty 0 – 1 – 2 – 3. **Maximální hodnota hrubého skóru je 99**. Tento dotazník slouží k vyhledávání osob s neurotickými rysy a **zjišťuje neurastenické, depresivní, úzkostné a vegetativní potíže**. Lze jej administrovat individuálně i skupinově. Pro využití v našem výzkumu jsme jej zvolili mj. pro jeho přehlednost a snadnou a rychlou administraci a také pro stručnost popisovaných symptomů, které jsme v rámci výzkumu porovnávali.

Jednotlivé položky jsou zaměřeny na:

1. Poruchy spánku;

2. Ospalost;
3. Únavu a vyčerpanost;
4. Špatnou výkonnost;
5. Bolesti hlavy;
6. Pocení;
7. Závratě;
8. Pocit na omdlení;
9. Pocit na zvracení;
10. Pocity horka či chladu;
11. Třesavku;
12. Roztěkanost;
13. Podrážděnost;
14. Paměť;
15. Mravenčení a stěhování bolesti;
16. Bušení a bolesti srdce;
17. Dechové potíže;
18. Nechutenství;
19. Průjem či zácpu;
20. Červenání či blednutí;
21. Pesimismus;
22. Lítostivost a přecitlivělost;

23. Špatnou či smutnou náladu;
24. Apatii;
25. Úzkost či napětí;
26. Strach o zdraví či život;
27. Strach vázaný na určitou situaci;
28. Strach o budoucnost;
29. Pochyby o sobě samém;
30. Pocity nejistoty před lidmi;
31. Nepříjemné pocity depersonalizace;
32. Vtíravé myšlenky či jednání;
33. Pocity omámenosti.

6.4.3. Dotazník na prospěch

Ke zjištění prospěchu respondentů v průběhu sledovaného období byl použit jednoduchý a krátký dotazník ve formě tabulky, do níž dotazované osoby doplnily známky z pololetního vysvědčení školního roku 2013 – 2014 a ze závěrečného vysvědčení školního roku 2012 – 2013, přičemž jsme pro účely šetření zjišťovali pouze **prospěch z tzv. hlavních předmětů – českého jazyka, 1. cizího jazyka⁴ a matematiky**. K této volbě nás vedl především fakt, že respondenti byli vybráni z různých typů škol a různorodých oborů, které kladou důraz na odlišné dovednosti a kompetence, tudíž by srovnání celkového prospěchu bylo dle našeho názoru komplikované a zavádějící. Jsme si přitom vědomi faktu, že tento výzkum nepostihuje celkovou úspěšnost studenta ve školním prostředí, do níž by bylo třeba zahrnout mj. i úspěšnou komunikaci se spolužáky či vyučujícími, samostatné řešení problémů, či zapojení jedince do dalších školních aktivit apod.

⁴ V případě, že se na škole v daném oboru učí dva či více cizích jazyků, jde o jazyk, který se student učí déle. Pokud si studenti nebyli jisti, o který jazyk se v jejich případě jedná, byli instruováni ještě před započatím testování.

Jelikož jsme předpokládali, že si studenti nebudou přesně pamatovat potřebné známky, požádali jsme předem výchovné poradce a školní psychology, kteří nám pomohli na jednotlivých školách testování zrealizovat, aby zajistili ještě před samotným vyplňováním dotazníků testujícím přehled známek studentů z tříd, které byly do výzkumu zapojeny. V některých případech využili studenti také možnosti mobilního připojení do školních informačních systémů, kde si své známky ověřili.

6.5. Příprava a průběh testování

Po vytvoření ideového a technického plánu výzkumu oslovila testující vedení škol, na nichž se mělo samotné testování uskutečnit, a získala od nich předběžný **souhlas**. Na všech školách byla k dispozici kontaktní osoba, která nám pomohla s koordinací výzkumu přímo na místě. Následoval výběr výzkumného vzorku podle kritérií popsaných v kapitole 6.3. K šetření mezi studenty jsme využili standardizovaný dotazník BDI-II, praxí ověřený dotazník N-5 a jednoduchý dotazník na školní prospěch, u nichž jsme nepovažovali za nutné předem prověřovat vyplňování.⁵ U dotazníku BDI-II proběhla **úprava položky 21** (viz kap. 6.4.1.) a poté byly dotazníky nakopírovány a zkompletovány (viz přílohy č. 5 – 7 v papírové verzi práce).

Studenti byli v předstihu informováni o připravovaném testování i jeho účelu, byl jim předán kontakt na testující a nabídnuta možnost zodpovězení případných dotazů. Těm, kteří nebyli plnoletí, byly navíc předány **písemné informace pro rodiče** s žádostí o podepsání souhlasu s provedením dotazníkového šetření u jejich nezletilých dětí (viz příloha č. 4). Bezprostředně před započatím testování byli studenti znova poučeni o možnosti od testování odstoupit bez uvedení důvodu. Koordinátoři byli požádáni o **zajištění klasifikačních údajů** jednotlivých studentů, které jim byly v průběhu testování k dispozici v tištěné formě přímo ve třídách. **První testovaná skupina** byla pro případ nenadálých komplikací **nahraditelná srovnatelnou skupinou**. Respondentům byly dotazníky zadávány ve třídách stejným zadavatelem za srovnatelných podmínek a při jejich vyplňování byla zachována anonymita testovaných. Studenti věděli, že se jedná o sběr dat pro účely diplomové práce, avšak v době, kdy testování na školách probíhalo, nevěděli, na co konkrétně je výzkum zaměřen, jelikož se domníváme, že tím testovaným

⁵ Zadavatelka má navíc zkušenosti s použitím dotazníku BDI-II u adolescentů v rámci výzkumu souvisejícího s vypracováním bakalářské práce.

nevznikla žádná újma a tento postup může přispět k menšímu záměrnému i nevědomému zkreslování odpovědí. Případné dotazy byly zodpovídány i v průběhu vyplňování dotazníků a naší snahou bylo především studenty pozitivně motivovat k co největší otevřenosti.

6.6. Analýza dat

Po vyplnění byly dotazníky očíslovány a všechna získaná data byla převedena do tabulky v Excelu, kde je zaznamenáno také číslo osoby (dotazníku), kód pohlaví (1 = muž, 0 = žena) a věk respondenta (viz příloha č. 8). Z následné analýzy byly vyřazeny neúplně vyplněné dotazníky, u nichž chybělo více položek v testech BDI-II či N-5, a ty dotazníky, v nichž chyběla některá ze známek. Celkem se jednalo o sedm dotazníků. U respondentů, kterým chyběla pouze jedna z položek BDI-II či N-5, byla tato položka doplněna průměrnou hodnotou dotazníku daného respondenta (v pěti případech). Po vyčištění a doplnění dat jsme spočítali celkový počet respondentů i počet respondentů v jednotlivých souborech, počty chlapců a dívek a průměrný věk podle pohlaví, souborů i celkem. Následně jsme vypočítali hrubý skór každého **dotazníku BDI-II** a na jeho základě jsme jedince dle manuálu zařadili do skupiny s určitou mírou depresivity (minimální, mírná, střední, těžká), viz následující tabulka.

Celkový skór	Rozsah
0 – 13	minimální
14 – 19	mírná
20 – 28	střední
29 - 63	těžká

Tabulka 5: Míra depresivity podle celkových skórů v testu BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1999, s. 15)

Při zahájení procesu zpracování dat jsme byli postaveni před zásadní rozhodnutí, a to, zda využijeme rozdělení na základě výše uvedené tabulky, které je popsáno v manuálu k Beckově sebeposuzovací škále depresivity BDI-II (Beck et al., 1999, s. 15) a dle nějž je cut off 14, nebo si určíme cut off např. 17, z důvodu minimalizování počtu falešně

pozitivních diagnóz, jak pro účely výzkumu navrhuji autoři. Byli jsme si vědomi faktu, že toto rozhodnutí má nepochybně vliv na počet pozitivních diagnóz a může ovlivnit výsledky výzkumu. Ke konečnému rozhodnutí využít pro účely výzkumu tabulkové cut off skóry nás vedl hlavně fakt, že autoři ve své příručce nenavrhují pro účel výzkumu přesné rozdělení skórů pro jednotlivé úrovně depresivity. Jelikož rozdělení skórů není intervalové, obávali jsme se, že by vytvoření vlastních hodnotících kritérií mohlo být nepřesné a mohlo by výsledky výzkumu zkreslit. Riziko zkreslení při využití základního rozdělení, navrhovaného a ověřovaného autory, jsme vyhodnotili jako nižší, i s ohledem na fakt, že autoři uvádějí, že tato vodítka je možné využívat i v české klinickopsychologické a psychiatrické praxi. Poté jsme sečetli u každé položky dotazníku BDI-II celkovou a průměrnou hodnotu v rámci jednotlivých souborů.

Obdobně jsme analyzovali také data z **dotazníku N-5**. U každého respondenta jsme vypočetli hrubý skór a na základě manuálu jsme rozhodli o míře neurotických tendencí jedince (v normě, mírné, silné, velmi silné). Také zde jsme sečetli u celého souboru skóry jednotlivých položek a vypočítali jejich průměry.

Celkový skór	Neurotické tendence
0 - 11	norma
12 – 19	mírné
20 - 31	silné
32 a více	velmi silné

Tabulka 6: Míra neuroticismu podle hrubých skórů v dotazníku N-5

Data z **dotazníku školního prospěchu** jsme do Excelu naváděli rovnou ve formě průměru 1 (průměr známek z českého jazyka, matematiky a prvního cizího jazyka), což je průměr z 1. pololetí školního roku 2013 – 2014, průměru 2, což je průměr z 2. pololetí školního roku 2012 – 2013 a celkového průměru, což je průměr dvou předchozích hodnot.

Dále jsme vytvořili pro jednotlivé typy škol **podskupiny depresivních a nedepresivních studentů a podskupiny podle pohlaví**.⁶ Do skupiny zjednodušeně nazývané jako „depresivní studenti“ byli zařazeni respondenti, kteří v testu BDI-II dosáhli

⁶ Výše uvedená terminologie není přesná, neboť nemůžeme diagnostikovat depresivitu pouze na základě sebesposuzovacího dotazníku, čehož jsme si vědomi. Jedná se pouze o terminologické zjednodušení pro účely naší práce.

hrubého skóru 20 a více, což odpovídá střední a těžké míře depresivity. Do skupiny označené jako „nedeprivní studenti“ byly zařazeny ty osoby, které v testu BDI-II dosáhly hrubého skóru 0 – 20, což odpovídá minimální či mírné míře depresivity. Následně jsme vypočítali **průměry 1, 2 a celkové průměry známek** z dotazníku a to zvlášť pro obě pohlaví podle typu škol i celkově.

Statistická analýza dat byla provedena v programech XLStatistics⁷ a v trial verzi programu STATISTICA 10Cz. Pro vyhodnocení **hypotéz H1 - H7** jsme použili **korelační a regresní analýzu**. Původní data ve formátu xls jsme zkopírovali do programu XLStatistics, který pracuje jako nadstavba MS Excelu. V tomto programu byl použit sešit 2Num, který umožňuje získat výstupy z regresní a korelační analýzy. Nejprve jsme vypočítali **Pearsonův (párový) korelační koeficient** (Correlation Analysis) spolu **s testem jeho významnosti** (Hypothesis test for ρ). Zde jsme se orientovali podle tzv. p-hodnoty (p-value), což je exaktně vypočtená hladina významnosti, pro kterou lze zamítnout nulovou hypotézu. V případě, že byla p-hodnota menší (nebo rovna) než obvyklá hladina významnosti $\alpha = 0,05$, zamítli jsme nulovou hypotézu o nevýznamnosti tohoto koeficientu. Byla-li větší než tato hodnota, nulovou hypotézu jsme nezamítli.

Výpočty korelační analýzy jsme dále doplnili výstupy z **regresní analýzy** (Linear Regression), kde byla odhadnuta regresní přímka pomocí metody nejmenších čtverců. Tam, kde vyšel významný korelační koeficient, vyšly i parametry směrnice regresní přímky jako statisticky významné (Hypothesis Tests – Slope) a naopak.

Hypotézy H8 a H9 jsme vyhodnotili pomocí **Analýzy rozptylu pro jeden faktor**, která je zobecněním klasického t-testu pro dva nezávislé výběry a testuje nulovou hypotézu o shodě více než dvou středních hodnot. V programu XLStatistics jsme k tomu použili výpočtový sešit 1Num1Cat. Data jsme zkopírovali ze zdrojového xls souboru do tohoto sešitu, jehož výstupem je i tabulka analýzy rozptylu (ANOVA Table), která slouží pro **výpočet testového kritéria F**. I zde jsme se zaměřili na p-hodnotu, vypočítanou nad tabulkou ANOVA. Po zamítnutí nulové hypotézy jsme dále pokračovali tzv. **post-hoc testy**, s jejichž pomocí jsme porovnávali jednotlivé dvojice úrovní zkoumaných faktorů. Zdrojová data jsme zkopírovali do prostředí programu STATISTICA 10Cz a použili jsme modul Anova. Porovnání jsme provedli v často používaném Scheffeho testu. Ten

⁷ Program je volně ke stažení z adresy <http://www.deakin.edu.au/~rodneyc/XLStats.htm> a je zdarma pro studijní a zkušební účely.

porovnává všechny možné dvojice úrovní faktorů a červeně vyznačí významně odlišné dvojice.

Poslední dvě **hypotézy H10 a H11** jsme ověřovali pomocí **t-testu pro dva nezávislé výběry** v programu XLStatistics (výpočtový sešit 1Num1Cat). Pro výběr vhodné varianty t-testu jsme provedli **F-test** (F-test for Variance) **o shodě dvou rozptylů**, který v našem případě nezamítl nulovou hypotézu. Proto jsme zvolili variantu t-testu pro dva soubory se stejnou variabilitou (rozptyly). V programu XLStatistics jsme zatrhli políčko Assume equal standard deviations a interpretaci jsme provedli opět podle vypočtené p-hodnoty.

Při hledání odpovědí na **výzkumné otázky** jsme rozdělili studenty do dvou skupin podle pohlaví a tyto skupiny jsme dále rozdělili na depresivní a nedeprativní soubory podle parametrů popsaných výše. U všech čtyř souborů jsme pak sečetli hodnoty skóre jednotlivých položek dotazníku BDI-II a vypočítali jejich průměry. Následně jsme porovnávali rozdíly těchto průměrů mezi soubory depresivních a nedeprativních chlapců a poté mezi soubory depresivních a nedeprativních dívek a hledali jsme nejvýraznější rozdíly. Pro získání odpovědi na výzkumnou otázku č. 3 jsme se zaměřili na všechny jedince, kteří skórovali v položce č. 3 a (nebo) č. 9 dotazníku BDI-II hodnotou 2 nebo 3, sečetli jsme jejich počty u jednotlivých typů škol a zaznamenali jsme si míru jejich depresivity, zjištěnou dotazníkem.

6.7. Etické otázky výzkumu

Jak v době plánování výzkumu (výběr výzkumného vzorku, metod, postupů apod.), tak po celou dobu jeho realizace byla věnována zvýšená pozornost etickým otázkám, které s prováděným výzkumem souvisely. **Naší prioritou bylo zajištění neohrožujícího, bezpečného prostředí, v němž testování probíhalo a ochrana získaných dat i použitých psychodiagnostických metod.**

Zadavatelka předala základní informace o plánovaném výzkumu studentům i jejich zákonným zástupcům spolu s kontaktem pro případné další dotazy a požádala zákonné zástupce nezletilých studentů o **písemný souhlas** s účastí jejich dítěte na výzkumu. Vedení školy bylo požádáno nejprve o předběžný souhlas s prováděním testování na základě informací o účelu a průběhu výzkumu a poté bylo seznámeno s konkrétním

plánem testování, vytvořeném ve spolupráci s osobou, pověřenou vedením školy (výchovný poradce, školní psycholog). Po ukončení sběru dat bylo vedení jednotlivých škol zasláno elektronickou cestou poděkování za umožnění dotazníkového šetření.

Všem respondentům byla zaručena **anonymita** a byli instruováni, aby na dotazníky neuváděli své jméno a třídu, ale pouze věk a zkratku studijního oboru.⁸ Byli informováni o **možnosti odstoupit od testování** kdykoliv v průběhu vyplňování dotazníků, i o možnosti ptát se i průběžně na nejasnosti. U první skupiny nabídla testující studentům možnost ukládat dotazníky na katedru textem dolů, což bylo ale u dalších skupin změněno tak, že zadavatelka zběžně vizuálně překontrolovala kompletnost údajů, protože zvláště u učebních oborů bez maturity odevzdávali studenti dotazníky, v nichž chyběl vyplněný i jeden celý test či všechny známky.

Testování probíhalo **písemnou formou** (tužka – papír), což mělo na rozdíl od elektronického sběru dat studentům umožnit „skrýt“ své odpovědi před spolužáky a také byla zajištěna ochrana dat před zneužitím, jelikož nebyly zaneseny do školní počítačové sítě. Abychom ještě více podpořili upřímnost odpovědí a rozptýlili obavy z toho, že by byl student teoreticky dohledatelný podle oboru a známek, ujistili jsme testované, že výzkum není zaměřen na jednotlivce, ale na porovnávání údajů více skupin a že je zadavatelka vázána z etických důvodů mlčenlivostí. Znamky, které potřebovali studenti do dotazníků vyplnit, byly připraveny v písemné formě v každé třídě.

Již v průběhu výběru vhodných dotazníků si zadavatelka důkladně pročetla všechny položky a vyhodnotila jejich vhodnost pro testování adolescentů. Před kopírováním dotazníků provedla **úpravu položky č. 21 v dotazníku BDI-II**. Inspirací k tomuto kroku byla obdobná úprava, již provedli Knorring a Olsson⁹ (Beck et al., 1999), avšak v našem případě byla navíc zohledněna možná homo- či bisexuální orientace adolescentů.

Etickým problémem, nad nímž jsme se zamýšleli, je **zatajování přesného předmětu výzkumu**. Výzkumný cíl nebyl sdělen respondentům, ani jejich zákonným zástupcům. K tomuto rozhodnutí nás vedly především dva důvody. Prvním z nich byl předpoklad, že pokud studenti nevědí, že se zaměřujeme např. na zjišťování míry jejich depresivity,

⁸ Studenti gymnázií uváděli zkratku G, studenti SOŠ s maturitními obory zkratku SŠ a studenti učebních oborů bez maturity zkratku UO.

⁹ Tito autoři uvádějí, že pro potřeby testování adolescentů upravili položku 21 – *Ztráta zájmu o sex* následovně: *Ztráta zájmu o opačné pohlaví*.

dochází k menšímu zkreslování dat. Kromě toho se domníváme, že tímto rozhodnutím studenty nijak neomezujeme, neohrožujeme, ani neuvádíme v omyl. Testování byli seznámeni s tím, že získaná data budou využita pro zpracování diplomové práce a byla jim nabídnuta možnost se s výsledky výzkumu seznámit, popř. v případě zájmu kontaktovat zadavatelku po ukončení sběru dat a položit jí doplňující otázky.

Zamýšleli jsme se také nad tím, **jaké výhody by mohlo testování studentům přinést.** Jelikož jsme zvolili anonymní šetření, nemohli jsme jim nabídnout možnost pohovořit si o výsledcích v dotaznících depresivity a neuroticismu. Tato možnost by byla navíc dle našeho názoru eticky problematická s ohledem na kompetence zpracovatelky výzkumu. Možnost kontaktovat zadavatelku jim byla ovšem nabídnuta s vědomím, že pokud se u nich objeví otázky či pochybnosti spojené s položkami v jednotlivých dotaznících, může je testující buď zodpovědět, nebo studentovi či studentce zprostředkovat kontakt se školní psycholožkou či doporučit jiného odborníka, působícího v dané oblasti. Školní psycholožce, jež o to projevila zájem, byla předána také hrubá analýza, informující o množství studentů s výraznou depresivní symptomatikou v určité třídě. Dohodly jsme se spolu, že studentům zašle prostřednictvím školní elektronické sítě poděkování za spolupráci při testování a při té příležitosti jim hromadně nabídne možnost vyhledat ji v případě, že by o to někdo z testovaných projevila zájem.

7. Výsledky výzkumu

7.1. Souhrnná data týkající se výzkumného vzorku

Do výběrového souboru byli zahrnuti **studenti** tří typů škol, a to **gymnázií, středních odborných škol zakončených maturitní zkouškou** s výjimkou konzervatoří (skupiny oborů M a L) a **studenti učebních oborů bez maturity** (skupiny oborů H a E) s **průměrným věkem 17,6 let** (viz. kap. 6.3. Výběrový soubor). V rámci výzkumu byla analyzována **data z 374 dotazníků**. Mezi respondenty bylo **158 chlapců a 216 dívek**, viz následující tabulka.

Počty respondentů dle oborů a pohlaví			
	Chlapci	Dívky	Celkem
Gymnázia	42	84	126
SŠ s maturitou	41	79	120
UO bez maturity	75	53	128
Celkem	158	216	374

Tabulka 7: Počty účastníků výzkumu dle pohlaví a typu školy

Následující tabulka obsahuje podrobnější klasifikační data studentů podle jednotlivých typů škol. **Průměr 1** je **průměrem známek z hlavních předmětů** (český jazyk, matematika, 1. cizí jazyk) z vysvědčení v pololetí **aktuálního školního roku (2013 – 2014)** a **průměr 2** je **průměrem známek z hlavních předmětů na vysvědčení v závěru předchozího školního roku (2012 – 2013)**.

Typ školy	Pohlaví	Průměr 1	Průměr 2	Průměr celkem
Gymnázium	Dívky	2,20	2,08	2,14
	Chlapci	2,18	2,13	2,16
SOŠ s maturitou	Dívky	2,48	2,34	2,41
	Chlapci	3,10	2,89	2,99
UO bez maturity	Dívky	2,80	2,77	2,78
	Chlapci	3,21	3,08	3,15
Celkem		2,66	2,55	2,61

Tabulka 8: Průměry z ČJ, MAT a 1. cizího jazyka na vysvědčení v pololetí aktuálního školního roku 2013-2014 (průměr 1), na konci předchozího školního roku 2012-2013 (průměr 2) a celkový průměr podle typu školy a pohlaví

Zajímavý je nepochybně fakt, že **skupiny dívek dosahují při srovnání se skupinami chlapců kromě jediného případu (gymnázia, průměr 1) lepších průměrů.** Tato skutečnost sice nesouvisí bezprostředně s oblastí, na kterou je náš výzkum zaměřen, potvrzuje však poznatky z dalších výzkumů, dle nichž bývají ve škole chlapci klasifikováni hůře, než dívky (srov. např. Chráska, 1997; Martináková, 2013). Za povšimnutí stojí také skutečnost, že **klasifikační výsledky studentů na všech typech škol jsou horší v pololetí, než na konci školního roku,** což nás vede k vyslovení domněnky, že v závěru školního roku klasifikují učitelé studenty mírněji, než v pololetí, popř. že studenti v závěru školního roku usilují o lepší známky a více se učí. **Průměry studentů gymnázia byly lepší, než průměry studentů SOŠ, průměry dívek OU byly lepší, než průměry chlapců SOŠ. Nejhorší byly průměry chlapců OU bez maturity.**

Z celkového počtu 374 testovaných studentů bylo do skupiny depresivních osob zařazeno 164 studentů obou pohlaví (48 chlapců, 116 dívek) a do skupiny nedeprativních studentů 210 osob obou pohlaví (110 chlapců, 100 dívek). **Depresivní studenti tedy tvoří zaokrouhleně 44% výzkumného vzorku, zatímco dalších 66% vzorku je tvořeno respondenty bez depresivní symptomatiky.** Zajímavý je údaj, že pouze ve skupině dívek ze SOŠ s maturitou převyšuje počet respondentek zařazených do depresivní skupiny, počet respondentek nedeprativních, a to o cca 100%. V ostatních skupinách převažují více či méně výrazně počty nedeprativních studentů, což je nejméně výraznější u skupiny chlapců z UO bez maturity, kde je nedeprativních respondentů téměř 2x více. **Depresivních dívek je v rámci našeho výzkumu přibližně 2,4krát více, než depresivních chlapců. Nejvíce depresivních studentů** (přepočítáno podle počtu zúčastněných studentů jednotlivých oborů na průměr, připadající na 1 studenta) **je na SOŠ s maturitou (0,57),** následují gymnázia (0,40) a nejméně depresivní jsou studenti OU bez maturity (0,35). Vybraná data jsou znázorněna v následující tabulce a přesnější informace o rozložení depresivity mezi respondenty jsou obsaženy v následujících kapitolách.

Typ školy	Pohlaví	Depresivní	Depresivní v %	Nedeprativní	Nedeprativní v %
Gymnázium	Dívky	37	23	47	22
	Chlapci	13	8	29	14
SOŠ s maturitou	Dívky	53	32	26	12
	Chlapci	16	10	25	12
UO bez maturity	Dívky	26	15	27	13
	Chlapci	19	12	56	27
Celkem		164	100	210	100

Tabulka 9: Přehled počtů studentů s depresivní symptomatikou a bez ní podle typů škol a pohlaví

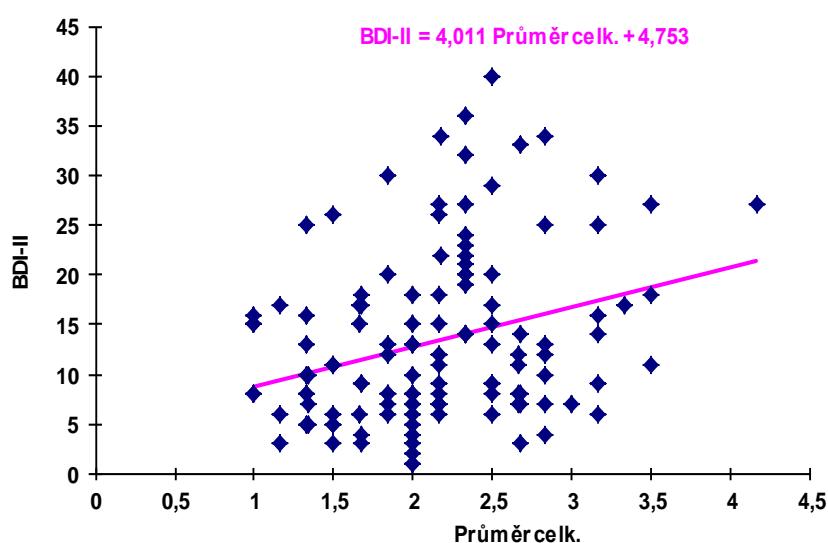
7.2. Výsledky testování hypotéz

7.2.1. H1 – H3: Souvislost mezi depresivitou a školním prospěchem

Před testováním jednotlivých hypotéz jsme si ověřili případnou souvislost mezi depresivitou a školním prospěchem u celého výběrového vzorku (respondenti všech tří zkoumaných souborů). Provedli jsme korelační a regresní analýzu, jak je popsáno v kapitole 6.6. Analýza dat. Vypočítali jsme Pearsonův korelační koeficient s testem jeho významnosti. S využitím regresní analýzy pak byla odhadnuta regresní přímka pomocí metody nejmenších čtverců.

Pro celý výzkumný soubor jsme dospěli k následujícím výsledkům. Korelační koeficient vyšel 0,02, není statisticky významný (p -value = 0,66). Lineární závislost mezi mírou depresivity a prospěchem ve skupině studentů všech typů škol nebyla prokázána.

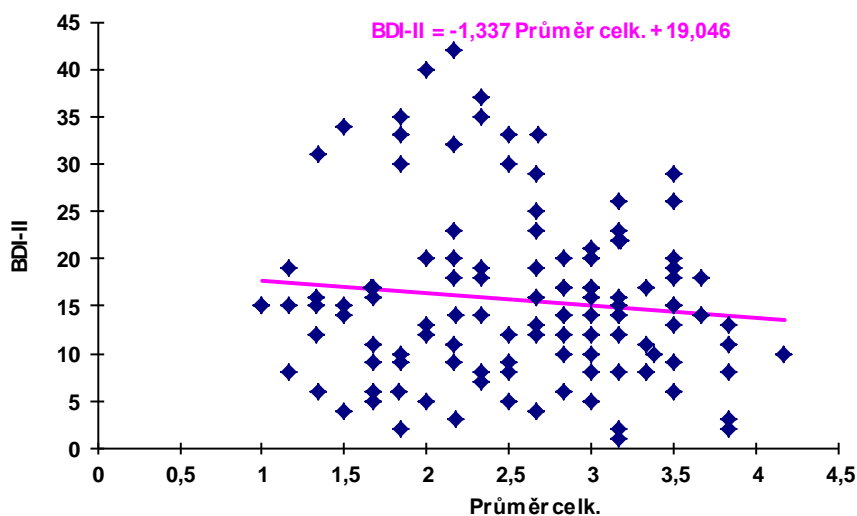
H1: V rámci první hypotézy jsme předpokládali, že existuje statisticky významná souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem u studentů gymnázií. Korelační koeficient 0,29 je statisticky významný (p -value = 0,001). To svědčí o přímé lineární závislosti mezi mírou depresivity a prospěchem ve skupině studentů gymnázií. Jeho hodnota je poměrně nízká, přesto díky poměrně rozsáhlému výběru vyšel jako statisticky signifikantní. Můžeme tedy hovořit o slabší, nicméně statisticky významné přímé lineární závislosti mezi zkoumanými proměnnými. Závislost je znázorněna následující regresní přímkou.



Obrázek 4: Regresní přímka závislosti mezi mírou depresivity a školním prospěchem u studentů gymnázií

H1 PŘIJÍMÁME, neboť statistickou analýzou dat byla prokázána souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem ve skupině studentů gymnázií. Z regresní přímky vyplývá, že se zhoršujícím se prospěchem testovaných studentů se míra depresivity zvyšuje.

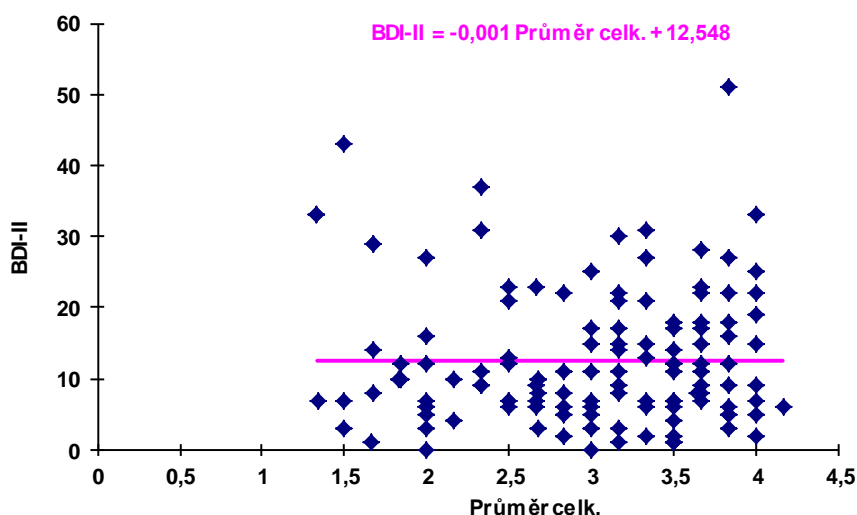
H2: Při testování druhé hypotézy, v níž **předpokládáme souvislost depresivity a školního prospěchu u studentů SOŠ**, jsme postupovali obdobně. Zde má Pearsonův korelační koeficient hodnotu $-0,11$ a není statisticky významný ($p\text{-value} = 0,22$).



Obrázek 5: Regresní přímka závislosti mezi mírou depresivity a školním prospěchem u studentů SOŠ s maturitou

H2 ZAMÍTÁME, neboť statistickou analýzou dat nebyla prokázána lineární závislost mezi mírou depresivity a prospěchem studentů středních odborných škol.

H3: V rámci H3 jsme testovali, zda **existuje souvislost mezi mírou depresivity a školního prospěchu u studentů učebních oborů bez maturity**. Při výpočtech jsme postupovali obdobně jako u předchozích hypotéz. Hodnota korelačního koeficientu pro soubor učebních oborů bez maturity je $-4,1E-5$, není statisticky významná ($p\text{-value} = 0,99$).



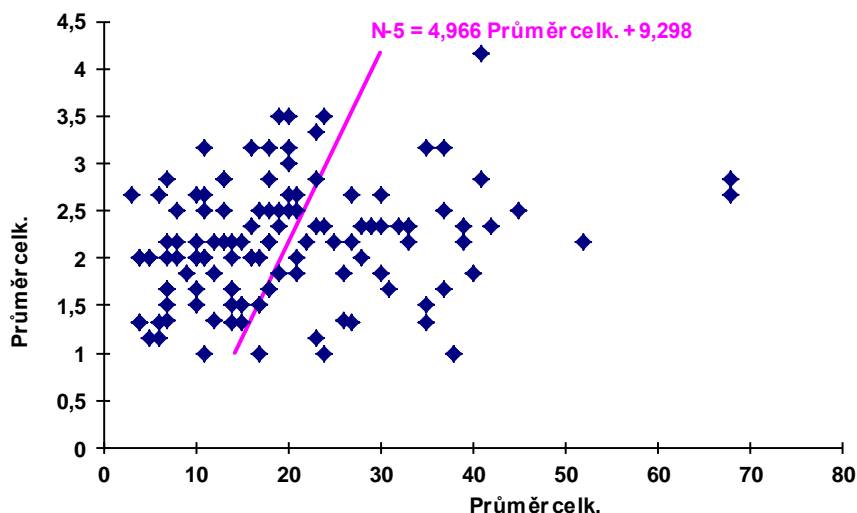
Obrázek 6: Regresní přímka závislosti mezi mírou depresivity a školním prospěchem u studentů UO bez maturity

H3 ZAMÍTÁME, neboť nebyla prokázána lineární závislost mezi mírou depresivity a prospěchem ve skupině studentů učebních oborů bez maturity.

7.2.2. H4 – H6: Souvislost mezi neuroticismem a školním prospěchem

Při testování hypotéz H4 – H6 jsme postupovali obdobně, jako při testování hypotéz H1 – H3. Nejprve jsme ověřili souvislost mezi neuroticismem a školním prospěchem pro celý výběrový vzorek a pak jsme ověřovali platnost jednotlivých hypotéz. Pro celý výběrový vzorek vyšel korelační koeficient 0,07, což je hodnota, která není statisticky významná (p-value = 0,17). **Lineární závislost mezi neuroticismem a prospěchem ve skupině studentů všech typů škol nebyla prokázána.**

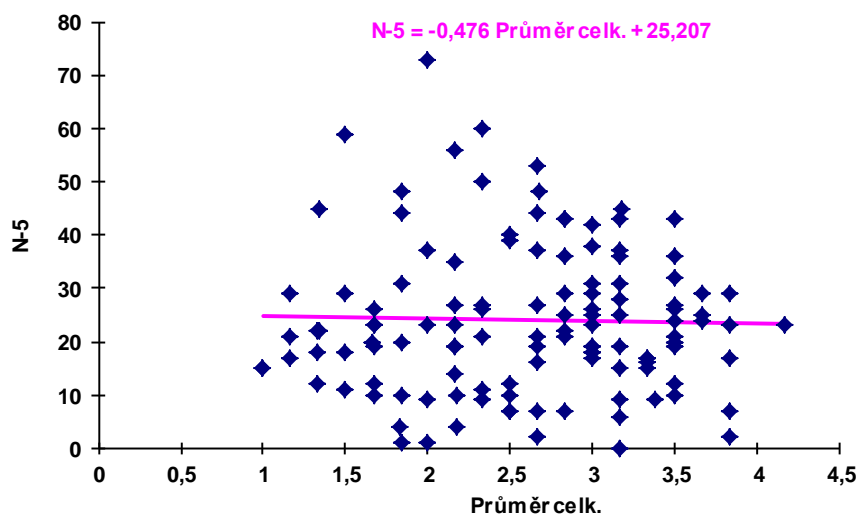
H4: V rámci čtvrté hypotézy ověřujeme **předpoklad, že existuje statisticky významná souvislost mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů gymnázií.** Korelační koeficient vyšel 0,25, je statisticky významný (p-value = 0,005). To svědčí o přímé lineární závislosti mezi mírou neuroticismu a prospěchem ve skupině studentů gymnázií. Jeho hodnota je poměrně nízká, přesto díky poměrně rozsáhlému výběru vyšel jako statisticky signifikantní. Můžeme tedy hovořit o slabší, nicméně statisticky významné přímé lineární závislosti mezi zkoumanými proměnnými.



Obrázek 7: Regresní přímka závislosti mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů gymnázií

H4 PŘIJÍMÁME, neboť byla prokázána statisticky významná souvislost mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů gymnázií. Z regresní přímky vyplývá, že se zhoršujícím se prospěchem testovaných studentů se míra neuroticismu zvyšuje.

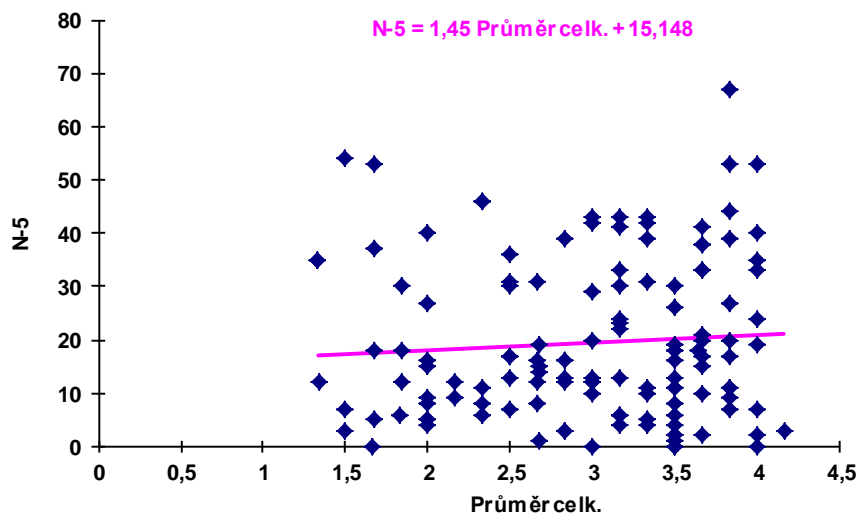
H5: Souvislost mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů SOŠ s maturitou byla ověřována v rámci této hypotézy. Korelační koeficient vyšel $-0,03$, není statisticky významný ($p\text{-value} = 0,78$). Lineární závislost mezi mírou neuroticismu a prospěchem u studentů středních odborných škol nebyla prokázána.



Obrázek 8: Regresní přímka závislosti mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů SOŠ s maturitou

H5 ZAMÍTÁME, neboť nebyla prokázána souvislost mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů SOŠ.

H6: Zde jsme testovali **souvislost mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem studentů UO bez maturity**. Korelační koeficient vyšel 0,07, což není statisticky významná hodnota ($p\text{-value} = 0,42$).



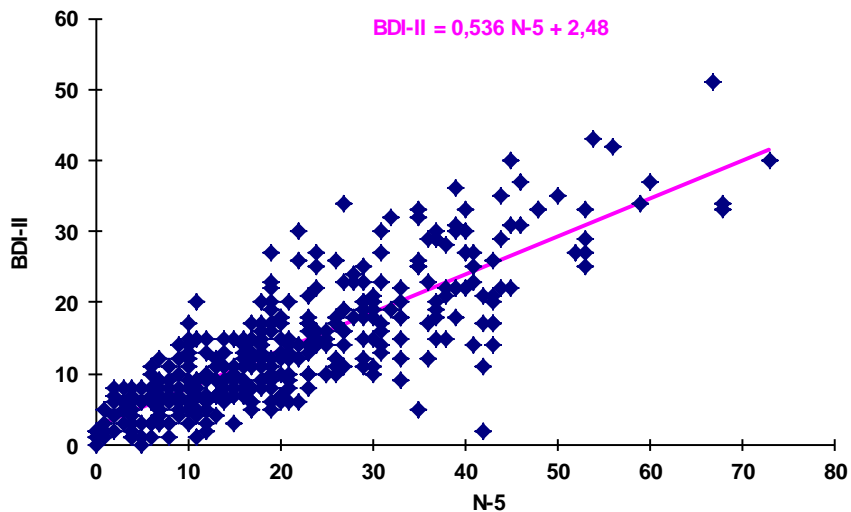
Obrázek 9: Regresní přímka závislosti mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů UO bez maturity

H6 ZAMÍTÁME, neboť nebyla prokázána lineární závislost mezi mírou neuroticismu a prospěchem ve skupině studentů UO bez maturity.

7.2.3. H7: Souvislost mezi depresivitou a neuroticismem

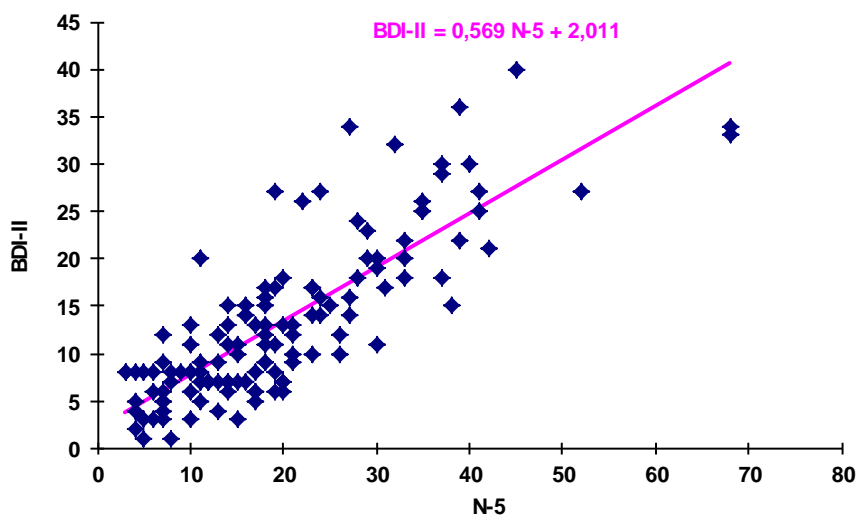
Při testování sedmé hypotézy jsme se zaměřili na ověření předpokladu, že existuje statisticky významná souvislost mezi mírou depresivity a mírou neuroticismu u studentů gymnázií, SOŠ a učebních oborů bez maturity.

I pro ověření této hypotézy jsme použili korelační a regresní analýzu a spočítali jsme Pearsonův korelační koeficient spolu s testem jeho významnosti. Korelační koeficient vyšel 0,83, je statisticky významný ($p\text{-value} = 1,11E-94$). To svědčí o **velmi silné přímé lineární závislosti mezi BDI-II a N-5**.



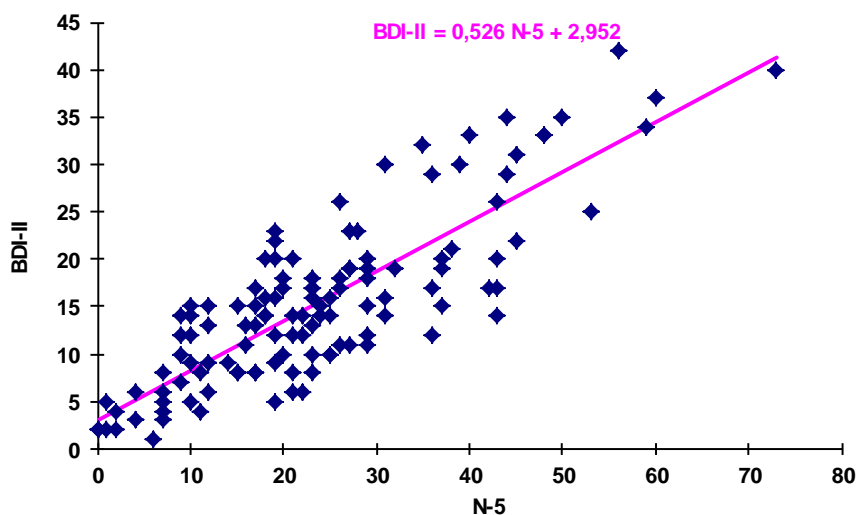
Obrázek 10: Regresní přímka závislosti mezi depresivitou a neuroticismem u studentů všech typů škol

Také obdobné výpočty pro jednotlivé typy škol zvláště potvrzují tuto závislost. Pro obor gymnázia vyšel korelační koeficient 0,82, což je statisticky významná hodnota (p-value = 9,5E-32).



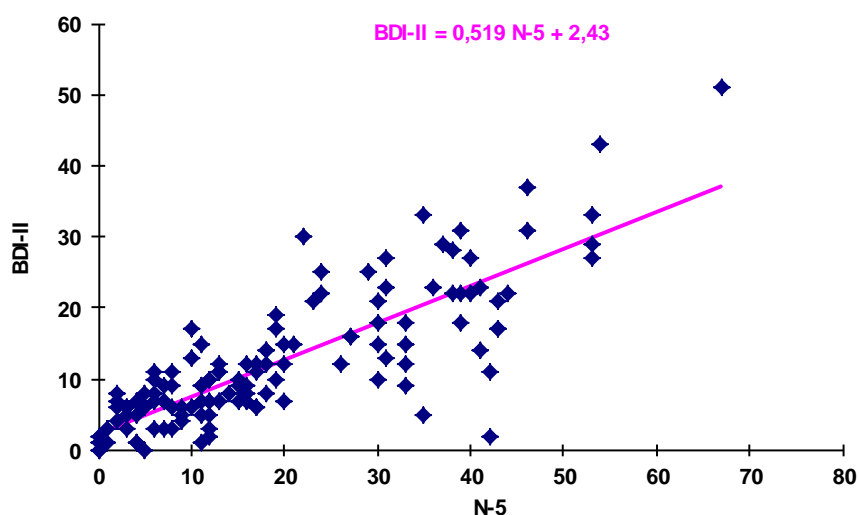
Obrázek 11: Regresní přímka závislosti mezi depresivitou a neuroticismem u studentů gymnázií

Pro obor SOŠ s maturitou je hodnota korelačního koeficientu 0,83 a je opět statisticky významný (p-value = 3,94E-32).



Obrázek 12: Regresní přímka závislosti mezi depresivitou a neuroticismem u studentů SOŠ s maturitou

Pro UO bez maturity byla vypočítána hodnota korelačního koeficientu 0,82, takže i zde je statisticky významný (p-value = 3,93E-32).



Obrázek 13: Regresní přímka závislosti mezi depresivitou a neuroticismem u studentů OU bez maturity

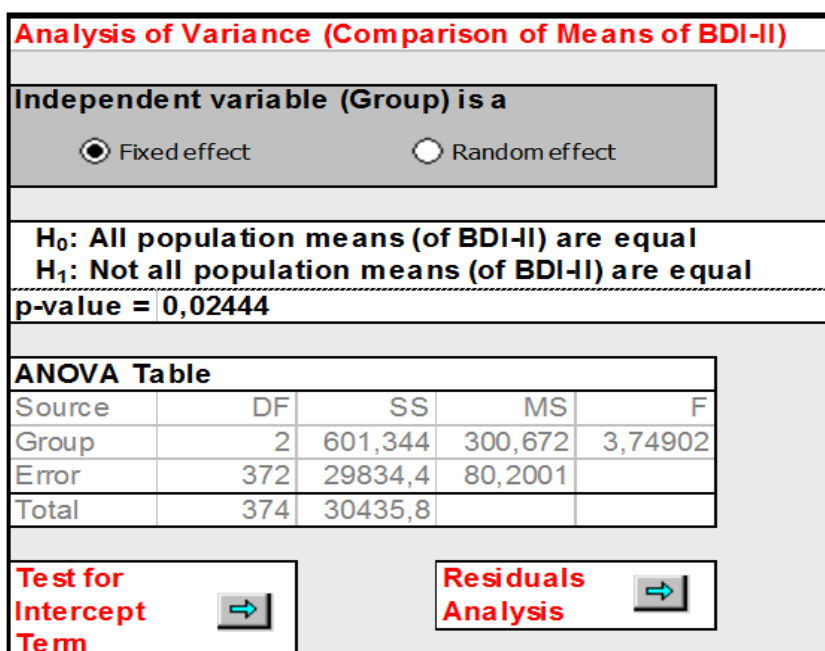
Tato data svědčí o velmi silné přímé lineární závislosti mezi mírou depresivity a neuroticismu ve skupině studentů gymnázií, SOŠ i učebních oborů bez maturity.

H7 PŘIJÍMÁME, neboť byla zjištěna velmi silná přímá lineární závislost mezi mírou depresivity a neuroticismu ve skupině studentů gymnázií, SOŠ i učebních oborů bez maturity.

7.2.4. H8: Rozdíl v míře depresivity studentů různých typů škol

V osmé hypotéze předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl v míře depresivity u jednotlivých sledovaných souborů. *Sledovanými soubory* jsou v hypotéze

míněny soubory studentů gymnázia (soubor 1), SOŠ s maturitou (soubor 2) a učebních oborů bez maturity (soubor 3), tedy různých typů škol. K ověření platnosti této hypotézy byla použita Analýza rozptylu pro jeden faktor (ANOVA), v níž jsme si ověřili, že **se míra depresivity u jednotlivých typů škol významně liší**, jelikož $p\text{-value} = 0,02$, je menší než standardní hladina významnosti 0,05. **H8 byla pomocí Analýzy rozptylu (ANOVA) pro jeden faktor prokázána.**



Obrázek 14: Analýza rozptylu pro zjištění rozdílu v míře depresivity u jednotlivých typů škol

Pokračovali jsme post-hoc testem (Scheffeho test), pomocí nějž jsme zjišťovali, které jednotlivé dvojice typů škol se od sebe významně odlišují.

Č. buňky	GROUP	Scheffeho test; proměnná BDI-II (Tabulka 2) Pravděpodobnosti pro post-hoc testy Chyba: meziskup. PČ = 80,200, sv = 372,00		
		{1}	{2}	{3}
		19,952	23,967	19,492
1	G		0,155459	0,771272
2	SŠ	0,155459		0,03043
3	UO	0,771272	0,03043	

Obrázek 15: Scheffeho test pro nalezení dvojice typů škol, které se od sebe významně odlišují v míře depresivity studentů

Byl prokázán statisticky významný rozdíl v depresivitě studentů u SOŠ s maturitou a učebních oborů bez maturity. Míra depresivity respondentů ze souboru SOŠ s maturitou je s průměrem 15,6 signifikantně vyšší, než míra depresivity studentů učebních oborů bez maturity, kde je průměr 12,5. U ostatních dvojic nebyl rozdíl v depresivitě prokázán.

H8 PŘIJÍMÁME, neboť statistická analýza dat prokázala, že se míra depresivity u jednotlivých typů škol významně liší a byl prokázán statisticky významný rozdíl v depresivitě studentů u SOŠ s maturitou a učebních oborů bez maturity, přičemž míra depresivity respondentů ze souboru SOŠ s maturitou je signifikantně vyšší.

7.2.5. H9: Rozdíl v míře neuroticismu studentů různých typů škol

V rámci deváté hypotézy se domníváme, že existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou neuroticismu u jednotlivých sledovaných souborů. Stejně jako v předchozí hypotéze jsou i zde sledovanými soubory myšleny skupiny studentů z různých typů škol. Po provedení Analýzy rozptylu pro jeden faktor (ANOVA) jsme zjistili, že se **míra neuroticismu u jednotlivých typů škol významně liší**, $p\text{-value} = 0,02$, což je hodnota menší než standardní hladina významnosti 0,05. **Platnost H9 byla pomocí analýzy rozptylu (ANOVA) pro jeden faktor prokázána.**

Analysis of Variance (Comparison of Means of N-5)				
Independent variable (Var2) is a				
<input checked="" type="radio"/> Fixed effect <input type="radio"/> Random effect				
H₀: All population means (of N-5) are equal H₁: Not all population means (of N-5) are equal				
p-value = 0,02049				
ANOVA Table				
Source	DF	SS	MS	F
Var2	2	1491,34	745,672	3,92895
Error	372	70601,6	189,789	
Total	374	72092,9		
Test for Intercept Term		Residuals Analysis		

Obrázek 16: Analýza rozptylu pro zjištění rozdílu v míře neuroticismu u jednotlivých typů škol

Pokračovali jsme proto opět post-hoc testem (Scheffeho test) pro zjištění, které jednotlivé dvojice typů škol se od sebe významně odlišují. **Byl prokázán statisticky významný rozdíl v míře neuroticismu studentů u SOŠ s maturitou** s průměrnou hodnotou 23,9 a **učebních oborů bez maturity** s průměrem 19,4. U ostatních dvojic nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v míře neuroticismu.

Č. buňky	GROUP	Scheffeho test; proměnná N-5 (Tabulka 2) Pravděpodobnosti pro post-hoc testy Chyba: meziskup. PČ = 189,79, sv = 372,00		
		{1} 19,952	{2} 23,967	{3} 19,492
1	G		0,074088	0,965197
2	SŠ	0,074088		0,038674
3	UO	0,965197	0,038674	

Obrázek 17: Scheffeho test pro nalezení dvojice typů škol, které se od sebe významně odlišují v míře neuroticismu studentů

H9 PŘIJÍMÁME, neboť statistická analýza dat prokázala, že se míra neuroticismu u jednotlivých typů škol významně liší a byl prokázán statisticky významný rozdíl v neuroticismu studentů u SOŠ s maturitou a učebních oborů bez maturity, přičemž míra neuroticismu respondentů ze souboru SOŠ s maturitou je signifikantně vyšší než míra neuroticismu studentů ze souboru OU bez maturity.

7.2.6. H10: Rozdíl v míře depresivity chlapců a dívek

Při testování desáté hypotézy jsme zjišťovali, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou depresivity chlapců ($n_1 = 158$, $\bar{x}_1 = 10,87$, $s_1 = 8,180$) a dívek ($n_2 = 217$, $\bar{x}_2 = 15,917$, $s_2 = 9,03$) v rámci celého výběrového vzorku. Předpokládali jsme, že míra depresivity u dívek je vyšší. Tato hypotéza byla ověřována pomocí **t-testu pro dva nezávislé výběry**, kterým jsme testovali nulovou hypotézu o shodě dvou středních hodnot v programu XLStatistics (výpočtový sešit 1Num1Cat). Pro výběr jeho vhodné varianty jsme napřed provedli **F-test** (F-test for Variance) o shodě dvou rozptylů, který v našem případě neznamítl nulovou hypotézu. Vybrali jsme proto variantu t-testu pro dva soubory se stejnou variabilitou. Interpretaci jsme provedli opět podle vypočtené p-hodnoty. Jelikož p-value vyšla $1,72E-08$ (konfidenční interval -6,80 až -3,29), lze prokázat na standardní

hladině významnosti 0,05 významný rozdíl depresivity u chlapců a dívek, hodnoty jsou **významně vyšší** u dívek.

H10 PŘIJÍMÁME, neboť byla zjištěna signifikantně vyšší míra depresivity u souboru dívek, než u souboru chlapců.

7.2.7. H11: Rozdíl v míře neuroticismu chlapců a dívek

Postup při zjišťování souvislosti mezi mírou neuroticismu u chlapců ($n_1 = 158$, $\bar{x}_1 = 16,183$, $s_1 = 12,57$) a dívek ($n_2 = 217$, $\bar{x}_2 = 24,66$, $s_2 = 13,73$) byl obdobný, jako u H10. Předpokládali jsme vyšší míru neuroticismu u dívek a i tento předpoklad se potvrdil. Jelikož p-value vyšla $7,7E-10$ (konfidenční interval $-11,17$ až $-5,79$), lze prokázat na standardní hladině významnosti 0,05 významný rozdíl neuroticismu u chlapců a dívek, přičemž hodnoty u dívek jsou významně vyšší.

H11 PŘIJÍMÁME, neboť byla zjištěna signifikantně vyšší míra neuroticismu u souboru dívek, než u souboru chlapců.

7.3. Výzkumné otázky

Při hledání odpovědí na 1. a 2. výzkumnou otázku, jež jsme si položili při přípravě technického plánu výzkumu, jsme si všímali především **průměrů hodnot jednotlivých položek v testech BDI-II** u souborů depresivních a nedeprativních chlapců a následně také depresivních a nedeprativních dívek. Jak bylo uvedeno výše, byli do skupiny depresivních jedinců zařazeni jedinci, jejichž hrubý skóre v testu depresivity byl 20 a výše (střední a těžká míra depresivity). Do druhé, nedeprativní skupiny, byli zařazeni jedinci s nižším hrubým skórem (minimální či mírná míra depresivity). K tomuto porovnání nás vedly úvahy o tom, že některé z 21 symptomů, testovaných v rámci dotazníku BDI-II, mohou být pro věkovou skupinu adolescentů typické bez ohledu na míru depresivity a jiné mohou být významnější pro zjišťování depresivity u této věkové skupiny, jelikož je patrný rozdíl v průměrných hodnotách u těchto symptomů mezi skupinami depresivních a nedeprativních studentů. Jedním z cílů tohoto výzkumu je také porovnání depresivních symptomů mezi pohlavími v české populaci, čímž nepřímo navazujeme na obdobné empirické studie v zahraničí.

7.3.1. Rozdíly v hodnotách položek BDI-II u depresivních a nedepresivních chlapců

První výzkumná otázka se zaměřovala na to, ve kterých položkách dotazníku BDI-II skórují výrazněji chlapci ze skupiny jedinců se střední a těžkou depresí oproti chlapcům s žádnou či mírnou depresí. Pro větší přehlednost uvádíme na tomto místě nejprve **české názvy položek dotazníku BDI-II:**

1. Smutek;
2. Pesimismus;
3. Minulá selhání;
4. Ztráta radosti;
5. Pocit viny;
6. Pocit potrestání;
7. Znechucení sám ze sebe;
8. Sebekritika;
9. Sebevražedné myšlenky nebo přání;
10. Plačtivost;
11. Agitovanost;
12. Ztráta zájmu;
13. Nerozhodnost;
14. Pocit bezcennosti;
15. Ztráta energie;
16. Změna spánku;
17. Podrážděnost;

18. Změny v chuti k jídlu;
19. Koncentrace;
20. Únava;
21. Ztráta zájmu o sex (Beck et al., 1999).

Položku 21 jsme pro účely testování adolescentů upravili následovně: *Ztráta zájmu o osoby (opačného) pohlaví*. Porovnáním průměrných hodnot v obou souborech jsme zaznamenali největší rozdíly u **položky č. 7 - znechucení sám ze sebe**, kde činil rozdíl 1,6 (min. hodnota je u všech položek 0, maximální hodnota 3), u **položky č. 14 - pocit bezcennosti** s rozdílem 1,3, dále pak u **položky č. 13 - nerozhodnost**, kde je rozdíl 1,1 a u **položky č. 10 – plačtivost**, s rozdílem 1,0. Ve všech těchto položkách jsou průměrné hodnoty depresivního souboru chlapců vyšší, než hodnoty nedeprativních respondentů mužského pohlaví. **Nejméně výrazně vypovídají o depresivitě chlapců položky č. 1 - smutek, 16a – méně spánku a 16b - více spánku a 18b – větší chuť k jídlu**, kde činil rozdíl průměrných hodnot vždy pouze 0,2. Podrobnější data zachycuje následující tabulka.

Chlapci	BDI-II průměrná hodnota hrubého skóru u položky																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16a	16b	17	18a	18b	19	20	21
Depresivní	1,3	1,1	1,5	1,1	1,2	1,3	1,7	1,0	0,9	1,0	1,2	0,8	1,6	1,5	1,5	0,4	0,8	1,3	0,8	0,5	1,4	1,5	0,9
Nedeprativní	0,1	0,6	0,6	0,3	0,4	0,6	0,1	0,5	0,1	0	0,4	0,3	0,5	0,2	0,6	0,2	0,6	0,4	0,2	0,3	0,5	0,6	0,1
Rozdíl hodnot	0,2	0,5	0,9	0,8	0,8	0,7	1,6	0,5	0,8	1,0	0,8	0,5	1,1	1,3	0,9	0,2	0,2	0,9	0,6	0,2	0,9	0,9	0,8

Tabulka 10: Průměrné hodnoty hrubého skóru v testu BDI-II pro jednotlivé položky u depresivního a nedeprativního souboru chlapců

7.3.2. Rozdíly v hodnotách položek BDI-II u depresivních a nedeprativních dívek

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na to, ve kterých položkách dotazníku BDI-II skórují výrazněji dívky ze skupiny jedinců se střední a těžkou depresí oproti dívkám s žádnou či mírnou depresí. Porovnáním průměrných hodnot v obou souborech jsme zjistili nejvýraznější rozdíly u **položky č. 6 – pocit potrestání** s hodnotou 1,3 (minimální hodnota je u všech položek 0, maximální 3), dále u **položky č. 14 – pocit bezcennosti** s hodnotou 1,1 a rozdíl 1,0 byl také u **položek č. 7 – znechucení sám ze sebe a č. 10 – plačtivost**. **Nejméně výrazně vypovídají o depresivitě dívek položky č. 16a – více spánku, č. 18b –**

větší chuť k jídlu, obě s rozdílem 0, 2 a následně také položka č. 2 - pesimismus s rozdílem 0,4. Souhrnný přehled je obsažen v následující tabulce.

Dívky	BDI-II průměrná hodnota hrubého skóru u položky																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16a	16b	17	18a	18b	19	20	21
Depresivní	1,0	1,0	1,5	1,1	1,2	1,8	1,2	1,5	0,9	1,4	1,1	1,0	1,4	1,5	1,5	0,5	1,1	1,4	0,7	0,7	1,5	1,6	0,7
Nedepresivní	0,3	0,6	0,7	0,3	0,6	0,5	0,2	0,7	0,2	0,4	0,6	0,4	0,8	0,4	0,7	0,3	0,6	0,5	0,3	0,5	0,6	0,8	0,1
Rozdíl hodnot	0,7	0,4	0,8	0,8	0,6	1,3	1,0	0,8	0,7	1,0	0,5	0,6	0,6	1,1	0,8	0,2	0,5	0,9	0,5	0,2	0,9	0,8	0,6

Tabulka 11: Průměrné hodnoty hrubého skóru v testu BDI-II pro jednotlivé položky u depresivního a nedepresivního souboru dívek

7.3.3. Míra depresivity u jedinců se zvýšeným rizikem suicidálního jednání

K formulování poslední, třetí výzkumné otázky nás vedly informace obsažené v manuálu k dotazníku BDI-II (Beck et al., 1999), kde autoři upozorňují **na zvýšené skóry v položkách č. 9 - sebevražedné myšlenky nebo přání a č. 3 - pesimismus, které jsou dle jejich poznatků nejvýraznějšími ukazateli vysokého rizika suicidálního chování.** Dle jejich zjištění je třeba věnovat zvýšenou pozornost všem jedincům, kteří v těchto položkách dosahují skóre 2 či 3. Zajímalo nás, jakou míru depresivity vykazují dle výše zmíněného dotazníku osoby, u nichž jsou zvýšené skóry právě v těchto rizikových položkách. Vycházeli jsme z předpokladu, že se bude jednat o osoby se střední či těžkou mírou deprese. Pokud by byly poznatky autorů dotazníku pravdivé a my bychom si všimli **všech jedinců, kteří skórovali v minimálně jedné z výše zmíněných položek hodnotou 2 či 3,** bylo by suicidálním jednáním v rámci našeho výzkumu ohroženo 33 studentů gymnázia, 39 studentů SOŠ s maturitou a 34 respondentů OU bez maturity, kteří udali v položkách č. 3 a 9 hodnotu symptomu 2 a (nebo) 3. Podrobnější přehled je obsažen v následující tabulce.

Obor	Počty studentů						
	Hodnota 2 či 3 u položky			Míra depresivity			
	č. 3	č. 9	č. 3 i č. 9	Minimální	Mírná	Střední	Těžká
Gymnázia	31	2	1	11	6	7	8
SOŠ s maturitou	33	6	3	7	8	10	11
OU bez maturity	31	3	1	11	7	8	7
Celkem	95	11	5	29	21	25	26

Tabulka 12: Počty studentů, kteří v položce 3 a 9 dotazníku BDI-II udávali hodnotu symptomů 2 a (nebo) 3 a jejich zastoupení v souborech podle celkové míry depresivity

V rámci našeho výzkumného vzorku 374 osob by tak bylo 106 studentů ohroženo suicidálním chováním, což považujeme za příliš vysoké číslo. 50 osob přitom bylo zařazeno na základě celkového skóru v testu BDI-II do nedeprativního souboru a 56 do souboru depresivních respondentů. **Pouze 5 studentů ze skupiny depresivních jedinců skórovalo výrazněji v obou sledovaných položkách, přičemž se u 4 z nich dle našeho zjištění objevuje symptomatika těžké deprese a u 1 z nich střední deprese.**

7.4. K platnosti hypotéz

V následujícím přehledu jsou shrnuta **zjištění týkající se jednotlivých hypotéz**, k nimž jsme dospěli na základě statistické analýzy získaných dat:

H1: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem u studentů gymnázií.

H1 PŘIJÍMÁME, neboť byla prokázána souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem ve skupině studentů gymnázií. Se zhoršujícím se prospěchem testovaných studentů se zvyšuje míra depresivity.

H2: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem u studentů SOŠ.

H2 ZAMÍTÁME, neboť nebyla prokázána lineární závislost mezi mírou depresivity a prospěchem studentů středních odborných škol.

H3: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem u studentů učebních oborů bez maturity.

H3 ZAMÍTÁME, neboť nebyla prokázána lineární závislost mezi mírou depresivity a prospěchem ve skupině studentů učebních oborů bez maturity.

H4: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů gymnázií.

H4 PŘIJÍMÁME, neboť byla prokázána statisticky významná souvislost mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů gymnázií. Se zhoršujícím se prospěchem testovaných studentů se zvyšuje míra neuroticismu.

H5: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů SOŠ.

H5 ZAMÍTÁME, neboť nebyla prokázána souvislost mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů SOŠ.

H6: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů učebních oborů bez maturity.

H6 ZAMÍTÁME, neboť nebyla prokázána lineární závislost mezi mírou neuroticismu a prospěchem ve skupině studentů UO bez maturity.

H7: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou depresivity a neuroticismu u studentů gymnázií, SOŠ a učebních oborů bez maturity.

H7 PŘIJÍMÁME, neboť byla zjištěna velmi silná přímá lineární závislost mezi mírou depresivity a neuroticismu ve skupině studentů gymnázií, SOŠ i učebních oborů bez maturity.

H8: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou depresivity u jednotlivých sledovaných souborů.

H8 PŘIJÍMÁME, neboť statistická analýza dat prokázala, že se míra depresivity u jednotlivých typů škol významně liší a byl prokázán statisticky významný rozdíl v depresivitě studentů u SOŠ s maturitou a učebních oborů bez maturity, přičemž míra depresivity respondentů ze souboru SOŠ s maturitou je signifikantně vyšší.

H9: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou neuroticismu u jednotlivých sledovaných souborů.

H9 PŘIJÍMÁME, neboť statistická analýza dat prokázala, že se míra neuroticismu u jednotlivých typů škol významně liší a byl prokázán statisticky významný rozdíl v neuroticismu studentů u SOŠ s maturitou a učebních oborů bez maturity, přičemž míra neuroticismu respondentů ze souboru SOŠ s maturitou je signifikantně vyšší.

H10: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou depresivity chlapců a dívek v rámci výběrového vzorku v tom směru, že míra depresivity u dívek je vyšší.

H10 PŘIJÍMÁME, neboť byla zjištěna signifikantně vyšší míra depresivity u souboru dívek, než u souboru chlapců.

H11: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou neuroticismu chlapců a dívek v rámci výběrového vzorku v tom směru, že míra neuroticismu u dívek je vyšší.

H11 PŘIJÍMÁME, neboť byla zjištěna signifikantně vyšší míra neuroticismu u souboru dívek, než u souboru chlapců.

7.5. Odpovědi na výzkumné otázky

Na tomto místě jsou shrnuty **odpovědi na tři výzkumné otázky**, které jsme si položili při sestavování výzkumného plánu.

1. Ve kterých položkách dotazníku BDI-II skórují výrazněji chlapci ze skupiny jedinců se střední a těžkou depresí oproti chlapcům s žádnou či mírnou depresí?

Porovnáním rozdílů průměrů hrubých skóre z dotazníku BDI-II u obou souborů jsme dospěli k následujícím zjištěním. **Největší rozdíly** se projevily u **položky č. 7 - znechucení sám ze sebe**, kde činil rozdíl 1,6 (min. hodnota je u všech položek 0, maximální hodnota 3), u **položky č. 14 - pocit bezcennosti** s rozdílem 1,3, dále pak u **položky č. 13 - nerozhodnost**, kde je rozdíl 1,1 a u **položky č. 10 – plačtivost**, s rozdílem 1,0. Ve všech těchto položkách jsou průměrné hodnoty depresivního souboru chlapců vyšší, než hodnoty nedeprativních respondentů mužského pohlaví. **Nejméně výrazně vypovídají o depresivitě chlapců položky č. 1 - smutek, 16a – méně spánku a 16b - více spánku a 18b – větší chuť k jídlu**, kde činil rozdíl průměrných hodnot vždy pouze 0,2.¹⁰

2. Ve kterých položkách dotazníku BDI-II skórují výrazněji dívky ze skupiny jedinců se střední a těžkou depresí oproti dívkám s žádnou či mírnou depresí?

Porovnáním rozdílů průměrů hrubých skóre z dotazníku BDI-II u obou souborů jsme dospěli k následujícím zjištěním. **Největší rozdíly** byly zjištěny u **položky č. 6 – pocit**

¹⁰ Podrobněji viz kapitola 7.3.1.

potrestání s hodnotou 1,3 (minimální hodnota je u všech položek 0, maximální 3), dále u **položky č. 14 – pocit bezcennosti** s hodnotou 1,1 a rozdíl 1,0 byl také u **položek č. 7 – znechucení sám ze sebe a č. 10 – plačtivost**. **Nejméně výrazně vypovídají o depresivitě dívek položky č. 16a – více spánku, č. 18b – větší chuť k jídlu**, obě s rozdílem 0, 2 a následně také **položka č. 2 - pesimismus** s rozdílem 0,4.¹¹

3. Jakou míru depresivity vykazují podle dotazníku BDI-II osoby, u nichž jsou zvýšené skóre v položkách, jež jsou dle manuálu k tomuto dotazníku posuzovány jako ukazatele zvýšeného rizika suicidálního jednání?

Výše zmíněnými položkami jsou **položky č. 9 - sebevražedné myšlenky nebo přání a č. 3 - pesimismus**, které jsou dle autorů (Beck et al., 1999) nejvýraznějšími ukazateli vysokého rizika suicidálního chování. Dle jejich zjištění je třeba věnovat zvýšenou pozornost všem jedincům, kteří v těchto položkách dosahují **skóre 2 či 3**. Pokud by byly poznatky autorů dotazníku pravdivé a my bychom si všímali zvýšeného skóre každého jedince **v minimálně jedné z uvedených položek**, bylo by suicidálním jednáním v rámci našeho výzkumu ohroženo 33 studentů gymnázia, 39 studentů SOŠ s maturitou a 34 respondentů OU bez maturity, kteří udali v položkách č. 3 a 9 hodnotu symptomu 2 a (nebo) 3.¹² V rámci našeho výzkumného vzorku 374 osob by tak bylo 106 studentů ohroženo suicidálním chováním, což považujeme za příliš vysoké číslo. 50 osob přitom bylo zařazeno na základě celkového skóre v testu BDI-II do nedepresivního souboru a 56 do souboru depresivních respondentů. **Pouze 5 studentů z depresivního souboru skórovalo výrazněji v obou sledovaných položkách, přičemž u 4 z nich se dle našeho zjištění objevuje symptomatika těžké deprese a u 1 z nich střední deprese.**

¹¹ Podrobněji viz kapitola 7.3.2.

¹² Podrobnější přehled je obsažen v tabulce v kap. 7.3.3.

8. Diskuze

Ačkoliv je prostředí školy důležitým faktorem, ovlivňujícím duševní zdraví dospívajících (viz. kap. 4. a 4.1), bylo mu zatím věnováno v souvislosti s depresivitou a neuroticismem málo pozornosti. Z tohoto důvodu jsme zaměřili svou pozornost právě na oblast školy, i když jsme si vědomi faktu, že námi zkoumaný **vzorek 374 respondentů** není rozsáhlý a **možnost zobecnění získaných výsledků je výrazně omezená**. Další omezení je způsobeno faktem, že byli respondenti vybíráni metodou příležitostného výběru, pro nějž jsme se rozhodli po zvážení různých argumentů s cílem porovnat pokud možno vyrovnané skupiny studentů z různých typů škol co do počtu a zastoupení obou pohlaví. Jedná se o respondenty ze Zlínského kraje, což také snižuje možnost zobecnění výsledků na celou populaci adolescentů v České republice. Některé studijní obory (např. konzervatoře) byly z výzkumu vyňaty. S ohledem na nedostatek podobných výzkumů máme omezenou možnost srovnání výsledků, k nimž jsme dospěli. Zaměřili jsme proto svou pozornost také na výzkumy, které s naším tématem souvisejí alespoň okrajově. Další omezení mohou být spojena s volbou metod na měření depresivity a neuroticismu, nejasnostmi ohledně cut off v dotazníku BDI-II či s výběrem hlavních vyučovacích předmětů, z nichž byl počítán aritmetický průměr. Chybí nám také sledování dlouhodobějšího vývoje depresivity a neuroticismu u respondentů v období, během nějž zkoumáme prospěch a přesnější sledování změn prospěchu, k nimž docházelo v meziobdobích mezi vysvědčeními. S ohledem na tato fakta vnímáme náš výzkum jako jakousi pilotní sondu, která by mohla přinést inspiraci pro další bádání v této oblasti a která si zároveň klade za cíl ověřit či vyvrátit domněnky, k nimž jsme dospěli v rámci rešerše vybraných zdrojů.

Námi formulovaná **první hypotéza** vycházela z celé řady odborných zdrojů, v nichž je popisováno zhoršení kognitivních funkcí a školního prospěchu v souvislosti s výskytem depresivních symptomů (srov. Barona Peixoto, 1991; Kendall, Stark, Adam, 1990; Kaslow, Rhem, Pollack a Siegal, 1988, in Ronenová, 2000; Luebbers, 2008). Podle Hakena (2009) **dochází u obou pohlaví v 15 letech k náhlému nárůstu těsnosti vztahu mezi školními problémy a depresivitou**, která se kolem 17 let snižuje opět na úroveň 13. roku věku. Mnozí autoři se shodují také v tom, že prostředí školy hraje v psychickém vývoji člověka obzvlášť významnou roli. Jelikož se nám nepodařilo dohledat aktuální výzkumy, které by výše zmíněnou souvislost potvrzovaly, ověřovali jsme ji v rámci našeho

výzkumu. Výsledky předchozího výzkumu autorky (Martináková, 2013), uveřejněné v rámci bakalářské práce, hovořily o tom, že souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem byla potvrzena pouze u souboru studentů gymnázií a nebyla potvrzena u studentů středních odborných škol. Proto jsme v rámci tohoto výzkumu ověřovali dřívější zjištění na větším vzorku gymnaziálních studentů a porovnávali jsme je v rámci testování **druhé a třetí hypotézy** s výsledky získanými od studentů SOŠ s maturitou a UO bez maturity. **Hypotéza H1 o statisticky významné souvislosti mezi mírou depresivity a školním prospěchem u studentů gymnázií byla naším výzkumem opětovně potvrzena.** Studenti s horším průměrným prospěchem vykazovali vyšší míru depresivní symptomatiky, než studenti s lepším prospěchem. **U souboru studentů SOŠ s maturitou a nematuritních oborů (hypotézy H2 a H3) tato souvislost prokázána nebyla.** Toto zjištění by bylo možno dle našeho názoru interpretovat tak, že tlak na výkon, který je kladen na studenty prestižnějších oborů, mezi něž gymnaziální vzdělávání nepochybně patří, je vyšší, než u jednodušších oborů, čímž bývá ovlivněna sebedůvěra studentů, které má následně opětovný vliv na jejich výkon. Výsledky by mohly odpovídat názoru Stuchlíkové (2002), podle níž vede opakované selhání při výkonu ke zvýšení sebekritičnosti, nejistoty a pesimismu, či tvrzení Helmkeho (1992, in Tupaika, 2003), který prokázal, že s výkonem související sebedůvěra hraje klíčovou roli téměř ve všech fázích učebního a výkonového procesu i pro predikci školního úspěchu. Za další možné vysvětlení, proč studenti gymnázia s lepším průměrným prospěchem vykazují při testování nižší míru depresivity, bychom mohli považovat názor Jacksona a Petersona (2004, in Holasová, 2006), podle nichž výsledky některých klinických studií dokládají **schopnost vysoce nadaných jedinců, maskovat určité symptomy deprese**, popř. by to mohlo souviset s jejich větší flexibilitou a využíváním účinnějších copingových strategií, jak bude popsáno níže. Při tom všem vycházíme z námi neověřovaného předpokladu, že studenti gymnázií s dobrým prospěchem jsou vysoce nadaní, ačkoliv pro toto tvrzení nemáme v rámci našeho výzkumu žádné empiricky podložené výsledky. To, že nebyla prokázána souvislost mezi mírou depresivity u oborů SOŠ s maturitou a nematuritních oborů nedokážeme relevantně interpretovat. Poněkud spekulativně by bylo možno předpokládat, že zvláště u skupiny jedinců z učebních oborů bez maturity nejsou škola a výkony v ní podávané tak zásadní pro utváření sebeobrazu, protože vzdělání pravděpodobně nepatří mezi nejdůležitější hodnoty pro tuto skupinu studentů, tudíž by prospěch mohl méně ovlivňovat psychické zdraví jedince. V současné situaci školství v rámci České republiky jsou navíc učební obory bez maturity méně vyhledávanou alternativou vzdělávání, takže je

možné předpokládat, že ti adolescenti, kteří se pro tento typ škol rozhodnou, jsou ze svého dřívějšího působení na základních školách na horší prospěch v mnoha případech zvyklí.

U dalších tří hypotéz, tedy hypotéz č. 4, 5 a 6 jsme vycházeli z teoretických informací o tom, že spolu neuroticismus a depresivita úzce souvisejí a v mnoha ohledech jsou propojeny. Srov. např. Eysenck (1968, in Hřebíčková, 2011), který definoval neuroticismus jako emocionální nestabilitu, vymezenou charakteristikami: **depresivní**, nervózní, úzkostný, s pocity méněcennosti, nízkou sebeúctou, prožívající napětí, náladový, hostilní, podrážděný. Stejně tak jako depresivní symptomy v adolescenci má i zvýšená míra neuroticismu vysokou spolehlivost v předvídání druhu převládajícího emocionálního ladění i několik let dopředu (srov. Křivohlavý, 2011; Bajerová, 2006; Haken, 2009). **Souvislost mezi depresivitou a neuroticismem popisuje také** Petermann et al. (2011), podle jehož zjištění předchází vzniku deprese často psychické symptomy, jako např. brzy vyvinuté sklony k intenzivnímu prožívání strachu či neuroticismus. Zislerová (2010) uvádí, že **v současné době zatím existuje málo výzkumů, jež by se zabývaly souvislostí neuroticismu a školního úspěchu**. Jsme si vědomi toho, že jsme pro účely našeho výzkumu významně omezili *školní úspěch* jedince pouze na dobře měřitelnou hodnotu průměru, získaného z vybraných předmětů, a to pouze ze dvou vysvědčení. Rozhodně se nedomníváme, že průměr známek za omezené období z jakýchkoliv předmětů vypovídá objektivně o školním úspěchu jedince. Přikláníme se k širšímu pojetí školního úspěchu, který se projevuje mj. např. ve schopnosti studenta získávat samostatně informace, zpracovávat je, komunikovat se spolužáky i vyučujícími, zvládat zátěžové situace ve školním prostředí, směřovat dlouhodobě své volní úsilí ke vzdálenějším cílům, spolupodílet se na vytváření pozitivního klimatu školy i třídy atd. Nicméně v rámci námi vytvořeného zjednodušeného modelu **byla potvrzena souvislost mezi neuroticismem a školním prospěchem u studentů gymnázií, zatímco domněnka o obdobné souvislosti u dalších dvou oborů byla vyvrácena**. Domníváme se, že vyšší míra neuroticismu, prokázaná u studentů gymnázií, podporuje spolu s vyšší mírou depresivity u tohoto oboru teoretická tvrzení o souvislosti neuroticismu a depresivity, čemuž by odpovídalo také zjištění, k němuž jsme dospěli v souvislosti s ověřováním **sedmé hypotézy**. Tuto hypotézu jsme formulovali mj. na základě zjištění Petermanna et al. (2011), podle něž předchází vzniku deprese často psychické symptomy, jako např. brzy vyvinuté sklony k intenzivnímu prožívání strachu či neuroticismus. Také v rámci našich měření byla statisticky významná souvislost mezi depresivitou a neuroticismem potvrzena.

Při formulování **osmé hypotézy** jsme se rozhodli ověřit tvrzení, že se míra depresivity bude lišit podle typu školy, kterou jedinec navštěvuje. Steinhausen (2006, in Luebbers, 2008) tento předpoklad formuloval na základě svého výzkumu, při němž porovnával rozdílnou míru časové i obsahové zátěže na různých typech škol v Německu. Na to volně navazuje také Luebbers (2008), který předpokládá, že **pokud vycházíme z faktu, že odborné i časové nároky, jež jsou kladeny na gymnazisty, jsou vyšší, než na studenty jiných typů škol, měli bychom se v rámci tohoto typu studia setkat s více indikátory rozvoje deprese.** Z těchto názorů jsme původně dospěli k domněnce, že míra depresivity a potažmo i neuroticismu bude vyšší u studentů gymnázií, než u studentů SOŠ s maturitou a nematuritních oborů, v čemž nás utvrzovaly také názory Martina & Waltmannové-Greenwoodové (1997), podle nichž trpí depresemi nejčastěji děti, **které bývají charakterizovány jako citlivé, dobře vychované, snažící se udělat dospělým radost, které berou své školní i osobní povinnosti velmi vážně a přistupují k nim zodpovědně.** Domníváme se totiž, že tento typ studentů najdeme spíše na gymnaziálních oborech, než na odborných učilištích bez maturity. Při dalším zkoumání jsme ovšem narazili na názorovou nejednotnost v této oblasti, neboť jiní autoři se naopak domnívají, že vysoce nadaní jedinci jsou schopni maskovat určité symptomy deprese (srov. Holasová, 2006). Také Olszewski-Kubilius a Kulieke (1989, in Schick, 2008) dospěli po prozkoumání empirických dat z výzkumů nadaných adolescentů k závěru, že všechny srovnávané studie se sice v některých aspektech liší, ale celkově vypovídají **ve prospěch vysoce nadaných, neboť jsou nezávislejší, mají silnější intrinsickou motivaci, jsou flexibilnější, mají vyšší sebehodnocení a jsou psychicky lépe přizpůsobiví.** Ani výzkumy týkající se přímo depresivního ladění a sebehodnocení vysoce nadaných studentů (Davis, 1996; Field a kol., 1998, in Schick, 2008), neprokázaly u této skupiny žádné zvláštní osobnostní zatížení. Opět jsme si vědomi omezení v možnostech interpretace získaných údajů, a to v tom směru, že pouze předpokládáme, že větší procento nadaných studentů bude ve skupině gymnaziálních studentů, menší na SOŠ a ještě menší pak na učebních oborech bez maturity. Nadání ani intelektové schopnosti jsme totiž v rámci našeho výzkumu nijak neověřovali. Statistickými metodami **byl potvrzen významný rozdíl mezi mírou depresivity jednotlivých sledovaných souborů, ale poněkud překvapivě byl tento rozdíl zjištěn v depresivitě studentů u SOŠ s maturitou a učebních oborů bez maturity. Míra depresivity respondentů ze souboru SOŠ s maturitou je s průměrem 15,6 signifikantně vyšší, než míra depresivity studentů učebních oborů bez maturity, kde je průměr 12,5.** U ostatních dvojic nebyl rozdíl v depresivitě prokázán. Než se

pokusíme výsledky interpretovat, propojíme naše zjištění ještě s výsledky testování **deváté hypotézy**, kdy byla zjišťována souvislost mezi neuroticismem a typem školy. Také zde **byl prokázán statisticky významný rozdíl v míře neuroticismu studentů u SOŠ s maturitou** s průměrnou hodnotou 23,9 **a učebních oborů bez maturity** s průměrem 19,4. U ostatních dvojic nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v míře neuroticismu. Interpretovat zjištěné údaje je s ohledem na názorovou nejednotnost okrajově souvisejících výzkumů (viz výše) obtížné. Poněkud spekulativně by bylo možno se domnívat, že na studenty gymnázií je sice vyvíjen vyšší tlak, týkající se požadovaných výkonů a také jejich vztažná skupina, s níž se porovnávají a která ovlivňuje jejich sebepojetí sebehodnocení a sebedůvěru, je „náročnější“, takže musejí vyvíjet větší úsilí k tomu, aby obstáli a jejich výkon nebyl zhoršen negativním sebepojetím, avšak zároveň využívají zřejmě účinnějších copingových strategií a díky vyšší intrinsické motivaci a flexibilitě, která souvisí mj. se schopností řešit různé problémy, lépe zvládají zátěžové situace a jsou skutečně psychicky odolnější, jak udávají někteří autoři (srov. např. Olszewski-Kubilius a Kulieke, 1989, in Schick, 2008). Kromě toho **byla** některými autory **prokázána slabší negativní souvislost mezi inteligencí a neuroticismem, depresivitou** a strachem (srov. Zeichner a Matthews, 2000, in Schick, 2008). Nízká depresivita i neuroticismu u respondentů z učebních oborů bez maturity by pak mohla být vysvětlitelná např. nižším tlakem na výkon a vztahovou skupinou, v níž jedinci nepodávají tak výrazně dobré výkony, že by to zásadním způsobem narušovalo sebehodnocení výkonově slabších členů skupiny. Další možné vysvětlení by mohlo souviset s poznatkem o prudkém nárůstu depresivity mezi 13. – 15. rokem věku jedince, o němž se zmiňuje řada autorů (srov. např. Essau, 2007; Luebbers, 2008; Cohen et al., 1993, Hankin et al., 1998, in Groen, 2002), která by čistě hypoteticky mohla mít dopad na prospěch na konci docházky na ZŠ a tím ovlivnit také volbu dalšího studijního oboru. Depresivnější žáci by se zhoršeným prospěchem nedosahovali výkonů potřebných pro přijetí na gymnázia, ale jejich dosavadní výsledky by byly lepší, než výsledky žáků, u nichž rodiče a učitelé předpokládají, že se na základě svého prospěchu rozhodnou pro učební obor bez maturity. Pro zjištění, zda je tato úvaha opodstatněná, by bylo nutné dlouhodoběji a přesněji zkoumat míru depresivity a neuroticismu a pak také volbu oborů u žáků 8. a 9. tříd základních škol a jejich výsledky v 1. a 2. ročníku navazujících oborů.

U **desáté hypotézy** jsme vycházeli z výsledků různých výzkumů provedených v souborech dospívajících jedinců (srov. Carr-Gregg, 2012; Essau 2007; McGee et al., 1994, Holsen, Kraft & Vitterso, 2000, Kumpulainen et al., 2000, Patten et al., 1997,

Petersen, Sarigiani & Kennedy, 1991, Compas et al., 1997, Nolen-Hoeksema & Girug, 1994, Petersen et al., 1993, in Groen, 2002), podle nichž je depresivita dívek ve srovnání s chlapci v období adolescence výrazně vyšší. Zajímavé ovšem je, že ne všechny zdroje informují o tom, že by ženy vykazovaly signifikantně vyšší úroveň depresivity. Uvedeme zde alespoň výsledky výzkumu Malečkové (1996, in Beck et al., 1999), při němž vyšetřila 42 pacientů Psychiatrické kliniky v Praze, kteří byli v psychiatrické péči více než 10 let a kontrolní soubor, který byl vyrovnán podle věku, pohlaví, vzdělání a rodinného stavu. Dle jejího zjištění nebyly rozdíly mezi muži a ženami signifikantně významné. V tomto případě se jednalo o dospělé pacienty, což vyvolává otázku, jak se vyvíjí míra depresivity mezi pohlavími v dospělosti. **Další nejasností zůstává, zda nejsou rozdíly mezi pohlavími v adolescenci způsobeny více rozdílnou schopností a ochotou referovat o vlastních pocitech a rozdílným zodpovídáním otázek, než faktem, že skutečně existují,** jak na to upozorňuje ve své studii Essau (2007). S tímto argumentem dle našeho názoru koresponduje např. také následující zjištění. Krch a Csémy (2005) zjistili statisticky signifikantní rozdíl v subjektivním hodnocení pocitu smutku mezi chlapci a dívkami. 21% chlapců (11,7% dívek) s vysokým depresivním skórem uvedlo, že v posledním týdnu nemělo výraznější pocity smutku. Na druhé straně 55,1% depresivních děvčat, ale jen 34,2% depresivních chlapců uvedlo, že měli časté pocity smutku. Také výsledky Gotlandské studie, na které odkazujeme v teoretické části této práce, vypovídají o rozdílné depresivní symptomatice mužů. Rovněž Beek et al. (2012) se domnívají, že bývá podceňována deprese dospívajících chlapců. **Výsledky našeho výzkumu také potvrzují statisticky významný rozdíl mezi mírou depresivity chlapců a dívek a to v tom směru, že míra depresivity dívek je vyšší, a to 2,4krát,** což koresponduje s výzkumy Krcha a Csémyho (2005), provedenými v České republice, ale i s dalšími (srov. Goetz, 2005; Groen et al., 1997). Podle Krcha a Csémyho je depresivita dívek (průměrný věk 15,9 let) vyšší 2,6krát. Sami se spíše přikláníme k názoru, že se zřejmě obě pohlaví liší v jednotlivých symptomech a jejich popisu, a že by z tohoto důvodu bylo vhodné zaměřit se např. na otestování Gotlandské škály depresivity v českém prostředí, popř. na základě rozsáhlejšího a dlouhodobějšího šetření porovnat depresivní symptomatiku obou pohlaví a zaměřit se na ty položky, které budou odlišovat depresivní populaci od nedeprativní u každého pohlaví zvlášť.

Hypotéza č. 11, kterou přijímáme na základě zjištěných statisticky významných rozdílů v míře neuroticismu u obou pohlaví, opět koresponduje s výsledky hypotézy předchozí,

čímž je dle našeho názoru opakovaně potvrzena souvislost mezi neuroticismem a depresivitou. Otázka, zda se jedná o skutečně vyšší míru depresivity a neuroticismu u dívek, či o různou míru otevřenosti při odpovědi na otázky dotazníků BDI-II a N-5, tím však zodpovězena není, proto jsme se tomuto tématu věnovali dále hledáním odpovědí na výzkumné otázky.

Všechny tři výzkumné otázky směřovaly k popisu depresivních symptomů, a to u chlapců, dívek a jedinců, kteří jsou dle autorů manuálu BDI-II ohroženi suicidálním chováním (Beck et al., 1999), jelikož to je dle našeho názoru zásadní pro správnou a účelnou diagnostiku deprese v období dětství, adolescence i dospělosti. Inspirací pro nás byly poznatky Rutze et al. (1997), který se zabýval rozpoznáním depresivních symptomů u mužů na základě tzv. Gotlandské studie z let 1983 – 1986. Tato studie popsala symptomy, jež jsou typické pro muže a vedla k vytvoření tzv. Gotlandské škály deprese (GMDS), která slouží k rozpoznání typicky mužské depresivní symptomatiky. Po prostudování materiálů o depresivitě mužů a žen se domníváme, že se mnohé symptomy u obou pohlaví liší. **V rámci našeho výzkumu jsme dospěli ke zjištění, že typickými symptomy, o nichž referují ve zvýšené míře depresivní chlapci, jsou *znechucení sám ze sebe, pocit bezcennosti, nerozhodnost a plačtivost.*** Naopak symptomy jako jsou *smutek, změny spánku a větší chuť k jídlu* o depresivitě chlapců vypovídají nejméně, jelikož se u těchto symptomů nijak výrazněji neliší hrubé skóry depresivních a nedeprativních chlapců.

Co se týká dívek, **jsou pro depresivní dívky typické symptomy *pocit potrestání, pocit bezcennosti, znechucení sám ze sebe a plačtivost.*** Nejméně vypovídají o depresivitě dívek položky *více spánku, větší chuť k jídlu a pesimismus.* Porovnáme-li symptomy depresivních chlapců a dívek, zjistíme, že se u obou skupin objevují položky *znechucení sám ze sebe, pocit bezcennosti a plačtivost,* i když v jiném pořadí. U chlapců se objevuje navíc *nerozhodnost* a u dívek *pocit potrestání.* **U obou pohlaví pak o depresivitě nejméně vypovídají položky *více spánku a větší chuť k jídlu.*** Jsme si vědomi omezení, jež s sebou přináší využití sebeposuzovací metody, jak je popsala Ronenová (2000). Podle ní **je důležité nechápat sebeposuzování dítěte jako skutečnou pravdu, odrážející objektivní realitu, ale spíše jako popis toho, jak dítě prožívá své vlastní vnitřní pocity a své chování.** Kromě toho může být sebeposuzování ovlivněno různými situačními proměnnými. Přesto se domníváme, že další výzkumy, které by přispěly ke zdokonalení dotazníku depresivity a které by se zaměřily na rozsáhlejší a podrobnější zmapování

depresivní symptomatiky s ohledem na pohlaví, jsou více než žádoucí. **V dotazníku BDI-II totiž dle našeho názoru výrazně chybí mnohé „typicky mužské symptomy“ (viz Gotlandská studie) a symptomy upozorňující na depresivitu v adolescenci, jako jsou např. závislosti všeho druhu, promiskuitní a rizikové chování, delikvence apod.**

Další zpřesnění bychom uvítali také v rámci dotazníku BDI-II, kde autoři odkazují na významné položky, které nás mohou upozornit na zvýšené riziko suicidálního chování jedince (při hodnotě skóre 2 nebo 3). Jedná se o položky č. 3 - minulá selhání a č. 9 - sebevražedné myšlenky nebo přání. V rámci třetí výzkumné otázky jsme se na tyto položky zaměřili, narazili jsme ovšem na problém, že toto upozornění není ze strany autorů přesněji specifikováno. Pokud jsme vyhodnotili jako rizikové ty jedince, kteří skórovali výše v obou položkách, bylo by suicidálním chováním ohroženo 5 jedinců, a to 4 se symptomatikou těžké deprese a 1 se symptomatikou střední deprese. Když jsme vyhledali všechny jedince, kteří skórovali výrazněji alespoň v jedné z těchto položek, počet rizikových jedinců se rázem zvýšil na 106 osob, z nichž bylo 56 zařazeno do souboru depresivních studentů a 50 do souboru nedepresivních studentů. S ohledem na vysoký počet nedepresivních jedinců v této rizikové skupině i na fakt, že považujeme číslo 106 v rámci souboru 374 osob za neúměrně vysoké, bychom se přikláněli k doporučení, věnovat mimořádnou pozornost těm respondentům, kteří dosahují vyššího skóru v obou autory zmiňovaných položkách. V případě individuální administrace dotazníku je dle našeho názoru vhodné vysoké skóre i u jedné z těchto položek nepodceňovat a věnovat se mu dále např. v rámci terapeutického či poradenského rozhovoru. Zdůraznili bychom v této souvislosti také fakt, že donedávna vycházely výzkumy z domněnky, že míra diagnostikované deprese pozitivně koreluje s mírou suicidálního jednání. Novější epidemiologické a klinické studie ovšem prokázaly korelaci negativní (srov. Rutz et al., 1997).

Jak jsme zmiňovali již v úvodu diskuze, jsme si vědomi faktu, že výsledky našich zjištění jsou ovlivněny mnoha faktory i systémovými chybami či omezeními, souvisejícími mj. také s rozsahem této práce, a s tímto vědomím přistupujeme také k interpretaci všech výsledků. Přesto bychom na tomto místě rádi uvedli, že jsme během celého výzkumu kladli velký důraz na etické aspekty, mezi něž řadíme kromě prioritní ochrany všech účastníků výzkumu především prezentování získaných poznatků v maximálně nezkrácené podobě.

9. Závěry

Náš výzkum, realizovaný na vzorku **374 respondentů**, byl zaměřen na zkoumání souvislosti mezi depresivitou, neuroticismem a školním prospěchem v populaci středoškolské mládeže, dále na porovnání míry depresivity a neuroticismu u studentů různých oborů a také na porovnání míry depresivity, neuroticismu a depresivních symptomů mezi pohlavími. **Průměrný věk respondentů byl 17,6 let.** Dospěli jsme k následujícím závěrům:

- Na základě analýzy dat bylo do skupiny depresivních osob zařazeno 164 studentů obou pohlaví (48 chlapců, 116 dívek) a do skupiny nedeprativních studentů 210 osob obou pohlaví (110 chlapců, 100 dívek). **Depresivní studenti tvoří cca 44% výzkumného vzorku, zatímco dalších 66% vzorku je tvořeno respondenty bez depresivní symptomatiky**, přičemž rozdělení respondentů na depresivní a nedeprativní proběhlo na základě výsledků standardizovaného sebesuzovacího dotazníku BDI-II.
- Depresivních dívek je v rámci našeho výzkumu přibližně 2,4krát více, než depresivních chlapců.
- **Nejvíce depresivních studentů** (přepočítáno podle počtu zúčastněných studentů jednotlivých oborů na průměr, připadající na 1 studenta) **je na SOŠ s maturitou** (0,57), následují gymnázia (0,40) a nejméně depresivní jsou studenti učebních oborů bez maturity (0,35).
- **Průměrný prospěch** celého výzkumného vzorku činí **2,61**.
- Skupiny dívek dosahují při srovnání se skupinami chlapců kromě jediného případu (gymnázia, průměr 1) lepších průměrů.
- **Klasifikační výsledky** studentů na všech typech škol jsou horší v pololetí, než na konci školního roku.
- **Průměry studentů** gymnázia jsou lepší, než průměry studentů SOŠ, průměry dívek učebních oborů jsou lepší, než průměry chlapců SOŠ. Nejhorší jsou průměry chlapců učebních oborů bez maturity.

- Byla prokázána souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem ve skupině studentů gymnázií. Se zhoršujícím se prospěchem testovaných studentů se zvyšuje míra depresivity, H1 přijímáme.
- Nebyla prokázána souvislost mezi mírou depresivity a prospěchem studentů středních odborných škol, H2 zamítáme.
- Nebyla prokázána souvislost mezi mírou depresivity a prospěchem ve skupině studentů učebních oborů bez maturity, H3 zamítáme.
- Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů gymnázií. Se zhoršujícím se prospěchem testovaných studentů se zvyšuje míra neuroticismu, H4 přijímáme.
- Nebyla prokázána souvislost mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů SOŠ, H5 zamítáme.
- Nebyla prokázána lineární závislost mezi mírou neuroticismu a prospěchem ve skupině studentů UO bez maturity, H6 zamítáme.
- Byla prokázána velmi silná přímá lineární závislost mezi mírou depresivity a neuroticismu ve skupině studentů gymnázií, SOŠ i učebních oborů bez maturity, H7 přijímáme.
- **Bylo prokázáno, že se míra depresivity u jednotlivých typů škol významně liší** a byl prokázán statisticky významný rozdíl v depresivitě studentů u SOŠ s maturitou a učebních oborů bez maturity, přičemž míra depresivity respondentů ze souboru SOŠ s maturitou je signifikantně vyšší, z toho důvodu H8 přijímáme.
- **Bylo prokázáno, že se míra neuroticismu u jednotlivých typů škol významně liší** a byl prokázán statisticky významný rozdíl v neuroticismu studentů u SOŠ s maturitou a učebních oborů bez maturity, přičemž míra neuroticismu respondentů ze souboru SOŠ s maturitou je signifikantně vyšší, proto H9 přijímáme.

- Byla zjištěna signifikantně vyšší míra depresivity u souboru dívek, než u souboru chlapců, H10 přijímáme.
- Byla zjištěna signifikantně vyšší míra neuroticismu u souboru dívek, než u souboru chlapců, H11 přijímáme.
- Chlapci se střední a těžkou depresí se od chlapců s mírnou či žádnou depresí nejvíce odlišují v položkách č. 7 - znechucení sám ze sebe, kde činí rozdíl 1,6 (min. hodnota je u všech položek 0, maximální hodnota 3), č. 14 - pocit bezcennosti s rozdílem 1,3, č. 13 - nerozhodnost, kde je rozdíl 1,1 a č. 10 – plačtivost, s rozdílem 1,0. Ve všech těchto položkách jsou průměrné hodnoty depresivního souboru chlapců vyšší, než hodnoty nedeprativních respondentů mužského pohlaví.
- Nejméně výrazně vypovídají o depresivitě chlapců položky č. 1 - smutek, 16a – méně spánku a 16b - více spánku a 18b – větší chuť k jídlu, kde činil rozdíl průměrných hodnot vždy pouze 0,2.
- Dívky se střední a těžkou depresí se od dívek s mírnou či žádnou depresí nejvíce odlišují v položkách č. 6 – pocit potrestání s hodnotou 1,3 (minimální hodnota je u všech položek 0, maximální 3), **č. 14 – pocit bezcennosti** s hodnotou 1,1 a rozdíl 1,0 byl také u položek **č. 7 – znechucení sám ze sebe a č. 10 – plačtivost.**
- Nejméně výrazně vypovídají o depresivitě dívek položky č. 16a – více spánku, č. 18b – větší chuť k jídlu, obě s rozdílem 0, 2 a následně také položka č. 2 - pesimismus s rozdílem 0,4.
- Zvýšené riziko suicidálního chování hrozí 5 studentům (4 se symptomatikou těžké deprese, 1 se symptomatikou střední deprese), pokud si všimáme zvýšených skóre (2 či 3) u obou inkriminovaných položek dotazníku, tj. č. 9 - sebevražedné myšlenky a č. 3 - pesimismus. V případě, že zaměříme pozornost na všechny jedince, kteří skórují výše alespoň v jedné z těchto položek, bylo by suicidálním jednáním v rámci našeho výzkumu ohroženo 33 studentů gymnázia, 39 studentů SOŠ s maturitou a 34 respondentů OU bez maturity.

Souhrn

Mezi různými autory a vývojovými psychology panuje značná nejednotnost při **vymezení pojmu adolescence**. Podle Marhounové (1996) se však odborníci shodují v podstatném tvrzení, a to, že **období adolescence je přechodovou fází mezi dětstvím a dospělostí a přechodem od závislosti k nezávislosti** a že se jedná o období plné výrazných somatických, sociálních i psychických změn a vývojových úkolů. **Tématu depresivity v adolescenci bylo věnováno donedávna v odborné literatuře i výzkumech velmi málo pozornosti**. Teprve od **devadesátých let** je depresivita dětí, adolescentů a dospělých posuzována podobně (srov. Essau, 2007).

Při snaze o vymezení pojmů deprese a depresivita narážíme na obdobnou nejednotnost pojetí a přístupů, jak tomu bylo u adolescence. „Depresivita jako intervalová proměnná je chápána jako míra výskytu symptomů, které se týkají přítomnosti smutku a smutku s blíže nespecifikovaným trváním“ (Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey & Grant, 1993, in Haken, 2009, s. 9). „Kategorický přístup naproti tomu vychází z diagnostických kritérií a vnímá depresi jako jasně vymezenou klinickou jednotku, která buď přítomná je, anebo není, ale neexistuje žádný přechodný stav“ (DSM IV, 2000; MKN 10, 2006, in Haken, 2009, s. 9). Ke zmírnění rozporů přispívá zjištění, že „výzkumné studie zabývající se depresivitou jako intervalovou proměnnou a výzkumy zaměřené na depresi jako klinickou jednotku v adolescenci přinášejí v mnoha ohledech shodné výsledky. Anvenevoli et al. (2008) doporučují po přezkoumání dosavadních výzkumů využívat kategoriální hledisko pro klinická rozhodnutí, zatímco práce s konceptem depresivity jako kontinuální proměnné umožňuje dle nich přezkoumání celé škály depresivity a depresivních symptomů ve výzkumných studiích, které se zabývají vztahy s jinými proměnnými“ (Haken, 2009, s. 9), což je dle našeho názoru adekvátním pojetím i pro účely této práce.

Deprese bývá řazena mezi **afektivní poruchy**. „U těchto poruch je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii. Tato změna nálady je obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě. **Příčiny vzniku deprese** dosud nejsou objasněny, bývají ovšem často spojovány s nedostatkem určitých chemických látek v mozku, s poškozením psychologických systémů či s nevyužitím spirituální dimenze jedince.

Projevy deprese mohou nabývat mnoha různých forem. V odborné literatuře se můžeme setkat s dělením klinických symptomů deprese na kognitivní, afektivní, somatické a vztahově orientované. Při posuzování symptomů deprese je třeba **u adolescentů** oproti dospělé populaci neopomenout také fakt, že se jedná o vývojové období, pro něž je typická **nejasná hranice mezi depresi podobnými stavy nálady, jež jsou fyziologické a depresivními poruchami, které je třeba diagnostikovat**. Parry-Jones (1985, in Branik, 1990) popisuje své poznatky, dle nichž se deprese v adolescenci manifestuje často netypickými formami, mezi něž patří např. **zneužívání drog, riskantní chování, delikvence, sexuální promiskuita, neklid, snížená koncentrace, agresivita či somatické potíže**. Názorová shoda je patrná také u Říčana a Krejčířové (2006), podle nichž mohou dívky kvůli pocitu bezmoci v adolescenci inklinovat k promiskuitnímu chování, zatímco chlapci sahají častěji po alkoholu a drogách. Dle nich je na depresi nutno pomýšlet vždy, když dojde ke **zhoršení školního prospěchu, k poruchám chování, či v případě některých somatických obtíží**. Výsledky některých klinických studií dokládají **schopnost vysoce nadaných jedinců, maskovat určité symptomy deprese**.

Statistické údaje týkající se prevalence deprese v adolescenci se značně liší. Důvodem mohou být jednak rozdíly v psychopatologické definici, využití rozdílných vyšetřovacích metod, rozdílné metody analýzy získaných dat, ale také různé způsoby výběru výzkumného vzorku. Nezanedbatelné je zřejmě také procento mladých lidí, u nichž jsou přítomny depresivní symptomy, ale nejsou vyšetřeni či zahrnuti do výzkumu. Krch a Csémy (2005) referují o výsledcích dotazníkového **šetření mezi 3172 studenty** náhodně vybraných středních a učňovských škol v **České republice** (respondence 94,7 a průměrný věk 15,9 roku). V rámci tohoto šetření uvedlo 21% sledovaných adolescentů, že v posledním týdnu pociťovali výraznější depresivní příznaky. Počet depresivních děvčat byl 2,6krát vyšší, než počet depresivních chlapců. 45,3% dospívajících uvedlo, že někdy v životě mělo myšlenky na sebevraždu, přičemž pokus o sebevraždu uvedlo 8,8% děvčat a 4,4% chlapců.

Výsledky různých studií ukazují, že **depresivní symptomatologie je relativně stabilní**, a že depresivní nálada během adolescence je asociována s různými problémy v pozdějším životě“ (Dalajka & Širůček, 2010, s. 5). Co se délky trvání deprese v adolescentním věku týče, může silně variovat. Dle Luebberse (2008) **může trvat od několika týdnů do**

několika let. I jiní autoři upozorňují na **souvislost mezi depresivitou v adolescenci a v dospělosti**, jejich názory jsou však často odlišné či empiricky nedostatečně podložené.

Podle mnoha výzkumů souvisí míra depresivity i depresivní symptomy výrazně s pohlavím a věkem. Haken (2009) ve své práci prokázal předpoklad, že depresivita v průběhu adolescence narůstá a že narůstá rychleji u dívek než u chlapců. Carr-Gregg (2012) udává, že se v období adolescence deprese vyskytuje ve většině západních společností dvakrát častěji u dívek než u chlapců. Kritický věk pro zvýšené riziko deprese je u dívek zhruba mezi 13. až 15. rokem (Cohen et al., 1993; Hankin et al., 1998; Lewinsohn et al., 1998; McGee, Feehan, Williams & Anderson, 1992; Angold et al., 1998). V *Bremer Jugendstudie* byly zřetelné signifikantní rozdíly mezi pohlavími po dosažení věku čtrnácti let (Essau, 2007). Doposud nejsou objasněny příčiny toho, proč jsou depresivní symptomy v období dospívání zaznamenány častěji u dívek, než u chlapců. Svou roli zde zřejmě sehrává vliv ženských hormonů, změny sociálních rolí dospívajících dívek, či jejich předčasná sexualizace (srov. Carr-Gregg, 2012). Dle Essau (2007) může být jedním z možných vysvětlení rozdílů mezi pohlavími také využívání rozdílných copingových strategií či vyšší nároky, které jsou na dívky v období dospívání kladeny. Essau upozorňuje i na fakt, že ačkoliv většina autorů vnímá rozdíl v míře depresivity chlapců a dívek jako reálně existující a empiricky ověřený, může se jednat o rozdílnost vyplývající s odlišného způsobu zodpovídání otázek. Podle Beek et al. (2012) bývá přeceňována deprese v pozdním dětství a podceňována deprese dospívajících chlapců.

Podle Rutze (2010) je 70-90% suicidií uskutečněných ve stavu klinické deprese. **Ačkoliv bývá deprese u žen diagnostikována 2x častěji než u mužů, paradoxně si život berou 3-10x častěji právě muži.** Vysvětlení by mohlo spočívat v tom, že ženy vyhledávají 2x častěji lékařskou pomoc a **symptomy depresivity u mužů se výrazně liší od depresivních symptomů u žen. Mužská depresivita se projevuje mnohem více agresivním, antisociálním a psychopatickým klinickým obrazem či závislým chováním, jež nebývá s depresivitou dáváno do souvislosti.** Podle Rutze jsou pro rozpoznání depresivních symptomů u mužů, prevenci a následnou léčbu významné poznatky tzv. **Gotlandské studie** z let 1983 – 1986.

Neuroticismus, na nějž se tato práce rovněž zaměřuje, lze chápat jako **emocionální nestabilitu**, kterou Eysenck (1968, in Hřebíčková, 2011) vymezil charakteristikami: depresivní, nervózní, úzkostný, s pocity méněcennosti, nízkou sebeúctou, prožívající

napětí, náladový, hostilní, podrážděný. Obdobně jako Eysenck chápou Costa a McCrae (1986, in Hřebíčková, 2011) neuroticismus jako **obtížné vyrovnávání se s problémy běžného života** a k neurotickým projevům přidávají také **impulzivnost**, jež se projevuje jako **neschopnost kontrolovat touhy a nutkání**, zatímco v podání Eysencka je impulzivita způsobena nepřítomností zábran. Neurotičtí jedinci udávají častěji, než osoby stabilní, **negativní prožitky a obtíže při jejich překonávání** (srov. Hřebíčková, 2011). Podle Křivohlavého (2011) mají údaje o neuroticismu vysokou spolehlivost v předvídání druhu převládajícího emocionálního ladění i několik let dopředu. Pro měření neuroticismu existuje řada kvalitativních metod, jež se však kromě neurotických symptomů zaměřují na široké spektrum poruch např. EOD, 16PF, CAQ, MMPI. Čistě na neuroticismus jsou pak orientovány inventáře jako N-5, MAS, MMQ, IPAT Anxiety Scale apod. Pro tyto inventáře je typické **zaměření na souhrn příznaků neuroticismu**, ne na strukturu neurotické osobnosti. Jak udává Ježková (2013), je podle současných statistik prevalence neurotických onemocnění až 30%. Je však nutno vzít v úvahu, že pouze část jedinců s neurotickými příznaky vyhledá pomoc odborníka. Podle Aleksandrowicze a kol. (2007, in Ježková, 2013) **je u posuzování neurotických příznaků stále nejasná hranice mezi poruchou a zdravím. Vysvětlení příčin a projevů neuroticismu a možnostem terapeutického působení, které by vedly k odstranění jeho příznaků, se věnovala celá řada psychologů či psychologických směrů.**

Podle Hakena (2009) **dochází u obou pohlaví v 15 letech k náhlému nárůstu těsnosti vztahu mezi školními problémy a depresivitou**, která se kolem 17 let snižuje opět na úroveň 13. roku věku. Haken se domnívá, že je tento jev způsoben zvýšenými nároky na dospívající, které souvisí také se změnou školního prostředí. V souvislosti s popisem depresivních symptomů hovoří mnozí odborníci o změně či **zhoršení kognitivních funkcí a zkreslujících kognitivních procesech** a s tím spojeným **zhoršením školního prospěchu** (srov. Barona Peixoto, 1991; Kendall, Stark, Adam, 1990; Kaslow, Rhem, Pollack a Siegal, 1988, in Ronenová, 2000). Není možné poznat a jednoznačně popsat **příčiny školní neúspěšnosti či zhoršení prospěchu**, na základě mnoha dat o depresivních symptomech je však určitá **souvislost mezi školním prospěchem a depresivitou** zřejmá.

Petermann et al. (2011) popisují **souvislost mezi depresivitou a neuroticismem**. Podle jejich zjištění předchází vzniku deprese často psychické symptomy, jako např. brzy vyvinuté sklony k intenzivnímu prožívání strachu či neuroticismus. Problémem zůstává

fakt, že **adolescenti se zvýšenou mírou depresivity na sebe v mnoha případech upozorňují méně, než jiní studenti.** Podle Martina a Waltmanová-Greenwoodové (1997), **nejčastěji trpí depresí děti, které bývají charakterizovány jako citlivé, dobře vychované, snažící se udělat dospělým radost, které berou své školní i osobní povinnosti velmi vážně a přistupují k nim zodpovědně.**

Řada odborníků odkazuje na fakt, že existují poznatky, podporující **souvislost mezi pozitivním sebepojetím a školním výkonem.** Helmke (1992, in Tupaika, 2003) prokázal, že **s výkonem související sebedůvěra** hraje klíčovou roli téměř ve všech fázích učebního a výkonového procesu. Školní selhání pak dle Tupaiky souvisí mj. s negativní atribucí, jejímiž dalšími důsledky jsou podle výzkumů Nuska (1986, in Tupaika, 2003) **úzkostnost, neuroticismus, depresivita a autoagrese.**

Výzkumy Rheibergera a Enstrupa (1977, in Tupaika, 2003) ukazují, že **sebehodnocení studentů závisí na jejich vztahové skupině.** Steinhausen (2006, in Luebbers, 2008) se proto domnívá, že **se duševní stav studentů bude lišit v rámci různých typů škol.**

V našem výzkumu, do nějž bylo zahrnuto **374 respondentů s průměrným věkem 17,6 let,** tvoří depresivní studenti 44% výzkumného vzorku a 66% vzorku je tvořeno respondenty bez depresivní symptomatiky. **Depresivních dívek je přibližně 2,4krát více,** než depresivních chlapců a **míra neuroticismu dívek je rovněž vyšší,** než u souboru chlapců. **Nejvíce depresivních studentů je na SOŠ s maturitou,** nejméně na učebních oborech bez maturity. **Průměrný prospěch celého výzkumného vzorku činí 2,61** a je lepší u dívek, než u chlapců. Klasifikační výsledky studentů na všech typech škol jsou horší v pololetí, než na konci školního roku.

V rámci našeho výzkumného vzorku studentů ze Zlínského kraje byla prokázána **souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem a mírou neuroticismu a školním prospěchem** ve skupině studentů gymnázií. Míra depresivity a neuroticismu se zvyšovala se zhoršujícím se prospěchem. U ostatních typů škol nebyla tato souvislost potvrzena. **Přímá lineární závislost mezi mírou depresivity a neuroticismu byla prokázána u studentů všech typů škol.** Bylo prokázáno, že existuje statisticky významný rozdíl **v míře depresivity a neuroticismu mezi studenty SOŠ s maturitou a učebních oborů bez maturity,** přičemž míra depresivity i neuroticismu respondentů ze souboru SOŠ

s maturitou je signifikantně vyšší, než u respondentů ze souboru učebních oborů bez maturity.

Depresivní chlapci se od nedepresivních liší hlavně vyššími průměrnými skóry v položkách č. 7 - znechucení sám ze sebe, č. 14 - pocit bezcennosti, č. 13 - nerozhodnost a č. 10 - plačtivost. Nejméně výrazně vypovídají o depresivitě chlapců položky č. 1 - smutek, č. 16a a 16b - změny spánku a 18b - větší chuť k jídlu.

Depresivní dívky se od nedepresivních liší hlavně vyššími průměrnými skóry v položkách č. 6 - pocit potrestání, č. 14 - pocit bezcennosti, č. 7 - znechucení sám ze sebe a č. 10 - plačtivost. Nejméně výrazně vypovídají o depresivitě dívek položky č. 16a - více spánku, č. 18b - větší chuť k jídlu a č. 2 - pesimismus.

Zvýšené riziko suicidálního chování hrozí podle výsledků dotazníku BDI-II minimálně 5 studentům.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Adler, A. (1999). *Porozumění životu: Úvod do individuální terapie*. Praha: Aurora.
- Bajerová, S. (2006). *Faktory ovlivňující kvalitu života depresivních pacientů v období remise (Diplomová práce)*. Získáno 29. září 2012, z is.muni.cz:
http://is.muni.cz/th/44696/ff_m/Diplomova_prace-Bajerova_Sona.pdf
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. K. (1999). *Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé*. Brno: Psychodiagnostika s.r.o.
- Beek, J., Hessen, D., Hutteman, R., Verhulp, E., & Leuven, M. (2012). Age and gender differences in depression across adolescence: real or "bias"? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 973-985.
- Blatný, M., Hřebíčková, M., Millová, K., Plháková, A., Říčan, P., Slezáčková, A., a další. (2010). *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Branik, E. (1990). Depressive Syndrome in der Adoleszenz. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 39., 4, 126 - 132.
- Čačka, O. (1996). *Psychologie dítěte*. Tišnov: Sursum.
- Carr-Gregg, M. (2012). *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál.
- Dalajka, J., & Širůček, J. (Roč. 4, č. 1 2010). *Víra ve spravedlivý svět, psychosociální zátěž a depresivita v adolescenci, mediální model*. Získáno 3. listopad 2012, z E-psychologie, elektronický časopis ČMPS: http://e-psycholog.eu/pdf/dalajka_etal.pdf
- Erikson, E., *Osm věků člověka, TranslLangmeierovi*. (nedatováno). Získáno 28. říjen 2012, z SkoroPSYCHO, psychologie pro praktický účel: <http://www.skoropsycho.cz/?p=82>
- Essau, C. A. (2003). *Angst bei Kindern und Jugendlichen*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.
- Essau, C. A. (2007). *Depression bei Kindern und Jugendlichen: Psychologisches Grundlagenwissen*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.
- Etický kodex CASP*. (nedatováno). Získáno 16. březen 2011, z <http://www.caspos.cz>
- Freud, S. (1997). *Přednášky k úvodu do psychoanalýzy*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek.
- Goetz, M. (2005). *Deprese u dětí a adolescentů*. Získáno 23. březen 2012, z *Pediatric pro praxi*: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf>
- Göppel, R. (2007). *Lehrer, Schüler und Konflikte*. München: Julius Klinkhardt.

- Groen, G., & Petermann, F. (2002). *Depressive Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Haken, T. (2009). Vývoj depresivity v adolescenci: Zprostředkující role vnímané psychosociální zátěže a preferovaných strategií zvládnání (Diplomová práce). Získáno z: *Theses.cz; vysokoškolské kvalifikační práce; <http://theses.cz/vyhledavani/?search=v%C3%BDvoj+depresivity+v+adolescenci>, 28.9. 2012.*
- Hanuš, H. (1999). *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Helsper, W., & Böhme, J. (2008). *Handbuch der Schulforschung, 2. durchgesehene und erweiterte Auflage*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Hinz, A., Berth, H., Kittel, J., & Singer, S. (2011). Depresivität bei Patienten und in der Allgemeinbevölkerung. *1/11*, s. 24-28.
- Holasová, K. (8. leden 2006). *Úzkost a depresivita u rozumově nadaných adolescentů, diplomová práce*. Získáno 23. duben 2012, z Archive of Thesis/Dissertation: http://is.muni.cz/th/52257/ff_m/?lang=en
- Horneyová, K. (2007). *Neurotická osobnost naší doby*. Praha: Portál.
- Hort, V. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: Přístupy, diagnostika, uplatnění*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Ježková, V. (10. říjen 2013). *Diagnostická hodnota dotazníku KON-2006 (Disertační práce)*. Získáno 16. říjen 2014, z Informační systém Masarykovy univerzity: http://is.muni.cz/th/64518/ff_d/DISERTACNI_PRACE.txt
- Kratochvíl, S. (2002). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Krch, F. D., & Csémy, L. (21. listopad 2005). *Rodinné koreláty depresivity v adolescenci*. Získáno 23. duben 2012, z Česká a slovenská psychiatrie, 102, 2006, No. 3, pp. 130-136: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=221>
- Křivohlavý, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Křivohlavý, J. (2013). *Psychologie pocitů štěstí, současný stav poznání*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (1989). *Dětská psychoterapie*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.
- Lehmkuhl, G., Poustka, F., Holtmann, M., & Steiner, H. (2013). *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Luebbers, M. (2008). *Depressionen bei Schülern: Korrelationen zwischen Schule und dem Ausmaß einer Depression bei Schülern; Examensarbeit, Dokument Nr. V138372*. Získáno 28. říjen 2012, z Google Scholar: <http://www.grin.com/ISBN987-3-640-46526-2>
- Lukasová, E. (1997). *Logoterapie ve výchově*. Praha: Portál.
- Marhounová, J. (1996). *Dospívání*. Praha: Empatie.
- Martin, M., & Waltmannová-Greenwoodová, C. (1997). *Jak řešit problémy dětí se školou*. Praha: Portál.
- Martináková, E. (2013). *Souvislost mezi depresivitou a školním prospěchem studentů SŠ (Nepublikovaná bakalářská práce)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta.
- Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in Childhood and Adolescence. *Child Adolescent Psychiatry*, 35-40.
- MKN-10, 1. díl*. (nedatováno). Získáno 2. listopad 2012, z Poruchy duševní a poruchy chování (F00 - F 99): <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>
- Olbertová, J. (2003-2012). *Střední školy a vyšší odborné školy ve Zlínském kraji*. Získáno 1. listopad 2014, z Zkola: <http://www.zkola.cz/management/oos/adresare/Stranky/St%C5%99edn%C3%AD-%C5%A1koly-a-vy%C5%A1%C5%A1%C3%AD-odborn%C3%A9-%C5%A1koly-ve-Zl%C3%ADnsk%C3%A9m-kraji.aspx>
- Orel, M. e. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Peschian, N. (1999). *Příběhy jako klíč k dětské duši*. Praha: Portál, s.r.o.
- Petermann, F., Maercker, A., Lutz, W., & Stangier, U. (2011). *Klinische Psychologie, Grundlagen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Plhánková, A. (2011). *Úvod do psychoanalytických teorií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Prochaska, J., & Norcross, J. (1999). *Psychoterapeutické systémy: Průřez teoriemi*. Praha: Grada.
- Reiterová, E. (2004). *Statistické metody pro studenty kombinovaného studia psychologie*. Olomouc: UP v Olomouci, filozofická fakulta.
- Reiterová, E. (2006). *Statistické techniky a možnosti realizace výzkumu v psychologii*. Olomouc: UP v Olomouci, filozofická fakulta.
- Reiterová, E. (2008). *Psychometrie - studijní texty pro kombinované studium*. Olomouc: UP v Olomouci, filozofická fakulta.
- Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti, obor v pohybu*. Praha: Grada Publishing, a.s.

- Říčan, P., & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie, 4. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Rogers, C. R. (1998). *Způsob bytí*. Praha: Portál.
- Ronenová, T. (2000). *Psychologická pomoc dětem v nesnázích: kognitivně-behaviorální přístupy při práci s dětmi*. Praha: Portál.
- Rutz, W. (2010). Depression und Suizidalität bei Männern in Europa: Ein Problem männlichen psychischen Leidens und männlicher Suizidalität. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 11 (3), 46-52.
- Rutz, W., Knorrning, W., Rihmer, Z., & Pihlgren, H. (1997). Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *Psychiatry Clin Pract*, 39-46.
- Schick, H. (2008). *Hochbegabung und Schule*. Münster: LIT Verlag.
- Schmidbauer, W. (1994). *Psychologie - lexikon základních pojmů*. Praha: Naše vojsko.
- Schmidt, M., & Poustka, F. (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings- Kindes - und Jugendalter, 3. überarbeitete Auflage. *Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a.*, 492-498.
- Sedláčková, D. (2009). *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Stuchlíková, I. (2002). *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál.
- Tupaika, J. (2003). *Schulversagen als komplexes Phänomen. Ein Beitrag zur Theorienentwicklung*. Rieden: Julius Klinkhardt.
- Wetsel, C. (2007). *Soft Skills und Erfolg in Studium und Beruf*. Münster: Waxmann Verlag GmbH.
- Yalom, I. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
- Zapotoczky, H., & Fischhof, P. (2002). *Psychiatrie der Lebensabschnitte: Ein Kompendium*. Wien: Springer-Verlag.
- Zisler, D. C. (2010). *Seelenimpulse*. Frankfurt am Mein: Peter Lang.

Přílohy

Příloha č. 1: Zadání diplomové práce studenta

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2013/2014

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (P5YN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Mgr. MARTINÁKOVÁ Eva	Na Flávisku 1111, Vsetín	F130856

TÉMA ČESKY:

Souvislost mezi depresivitou, neuroticismem a školním prospěchem studentů gymnázií, SOŠ a učebních oborů bez maturity

NÁZEV ANGLICKY:

'The Link among Depressiveness', Neuroticism and Success of Students at Different Types of Secondary Schools

VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Cílem práce je zjistit a popsat případnou souvislost mezi depresivitou, neuroticismem a školním prospěchem u studentů 2. - 4. ročníků gymnázií, středních odborných škol a učebních oborů bez maturity. Míra depresivity a neuroticismu bude zjišťována pomocí standardizovaných sebeposuzovacích dotazníků a školní úspěch bude vyjádřen průměrným známkem ze dvou po sobě jdoucích vysvědčení, a to u vybraných předmětů. Dále bude práce zaměřena na srovnání míry depresivity a neuroticismu mezi jednotlivými testovanými obory a mezi pohlavími.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Baštecká, B. a. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1999). *Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé*. Brno: Psychodiagnostika s.r.o.
- Boudová, K. a. (2011). *Manuál pro psaní diplomových prací na katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Bramik, F. (1990). Depressive Syndrome in der Adoleszenz. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 39., 4., s. 126 - 132.
- Carr-Gregg, M. (2012). *Psychické problémy v dospívání (Orig. When to really worry: Mental health problems in teenagers and what to do about them)*. Praha: Portál.
- De Vaux, D. (2002). *Analyzing Social Science Data. 50 Key Problems in Data Analysis*, 1. vydání. London: Sage Publications Ltd.
- Essau, C. A. (2007). *Depression bei Kindern und Jugendlichen: Psychologisches Grundlagenwissen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Etický kodex CASP. (nedatováno). Získáno 16. března 2011, z: <http://www.caspos.cz>
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- Fontana, D. (2003). *Psychologie ve školní praxi*. Praha: Portál.
- Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, s.r.o.
- Groen, G., & Petermann, F. (2002). *Depressive Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Groen, G., Petermann, F., & Essau, C. (2002). *Depression bei Kindern und Jugendlichen: Psychologisches Grundlagenwissen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hort, V. a. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2003). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Langmeier, J., Balcar, K., & Špítz, J. (1989). *Dětská psychotherapie*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie, 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing, s.r.o.
- Rahn, F., & Mahlkopff, A. (2000). *Psychiatrie, učebnice pro studium a praxi (Orig.: Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf)*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o.
- Reizarová, E. (2004). *Statistické metody pro studenty kombinovaného studia psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, filozofická fakulta.
- Reiterová, I. (2006). *Statistické techniky a možnosti realizace výzkumu v psychologii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, filozofická fakulta.
- Reiterová, E. (2008). *Psychometrie - studijní texty pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci,

filozofická fakulta.

Říčan, P., & Krejčřřová, D. (2006). Dětská klinická psychologie, 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s.

Stuchlíková, I. (2002). Základy psychologie emocí. Praha: Portál.

Vágnerová, M. a kol. (2001) Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál.

Podpis studenta: Eva Mautnerová

Datum: 7. 11. 2013

Podpis vedoucího práce: [Signature]

Datum: 7. 11. 2013

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Souvislost mezi depresivitou, neuroticismem a školním prospěchem studentů gymnázií, SOŠ a učebních oborů bez maturity

Autor práce: Mgr. Eva Martináková

Vedoucí práce: PhDr. Martin Kupka, PhD.

Počet stran a znaků: 114 stran, 207 195 znaků

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 65

Abstrakt:

Práce je zaměřena na zjišťování souvislosti mezi mírou depresivity a neuroticismu a školním prospěchem studentů gymnázií, středních odborných škol s maturitou a učebních oborů bez maturity. V teoretické části jsou shrnuty vybrané dosavadní empirické poznatky o souvislosti depresivity a neuroticismu a vlivu depresivity na školní prospěch adolescentů. Výzkumy z posledních let ukazují, že depresivita v období puberty a adolescence výrazně stoupá především u dívek, přičemž mezi její symptomy patří zhoršení kognitivních funkcí a s tím související zhoršení školního prospěchu. Na základě poznatků shrnutých v teoretické části bylo formulováno 11 hypotéz, jež byly ověřovány na souboru 374 adolescentů z různých typů škol ve Zlínském kraji. Kromě hypotéz je výzkum zaměřen také na hledání odpovědí na 3 výzkumné otázky. K získávání dat byl využit standardizovaný dotazník depresivity BDI-II, dotazník pro neuroticismus N-5 a dotazník na zjišťování klasifikačních údajů ze dvou po sobě následujících vysvědčení. Data byla statisticky zpracována pomocí programu STATISTICA 10Cz. Výzkum potvrdil souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem u studentů gymnázií, souvislost mezi mírou neuroticismu a školním prospěchem u studentů gymnázií, velmi silnou lineární závislost mezi mírou depresivity a mírou neuroticismu ve všech souborech, statisticky významný rozdíl v depresivitě i neuroticismu studentů různých typů škol a vyšší míru depresivity i neuroticismu u souboru dívek, ve srovnání se souborem chlapců. Výzkum nepotvrdil souvislost mezi mírou depresivity a neuroticismu a školním prospěchem u studentů SOŠ

s maturitou a učebních oborů bez maturity. Depresivní chlapci dosahují ve srovnání s nedeprativními vyššího skóru v položkách *znehucení sám ze sebe, pocit bezcennosti a nerozhodnost*. Depresivní dívky dosahují ve srovnání s nedeprativními dívkami vyšších skóru v položkách *pocit potrestání, pocit bezcennosti, znehucení sám ze sebe a plačtivost*. Provedený výzkum je orientačním či pilotním výzkumem, neboť zobecnění získaných dat je omezeno především výběrem výzkumného vzorku.

Klíčová slova: depresivita, neuroticismus, školní prospěch, depresivní symptomy, adolescence

ABSTRACT OF THESIS

Title: The Link between Depressiveness, Neuroticism and the Success of Students at Different Types of Secondary Schools

Author: Mgr. Eva Martináková

Supervisor: PhDr. Martin Kupka, PhD.

Number of pages and characters: 114 pages, 207 195 characters

Number of appendices: 9

Number of references: 65

Abstract:

The aim of this thesis is to find a link between the extent of depressiveness and neuroticism and the success of students at Gymnaziums¹³ and vocational schools, both those that offer secondary school-leaving examination¹⁴ and those which do not, in the Czech Republic. In the theoretical part, selected current empirical knowledge is summarised regarding the link among depressiveness and neuroticism and the influence of depressiveness on the school results of adolescents. Recent research shows that depressiveness during pubescence and adolescence rises significantly, particularly in girls. Among the main symptoms is a deterioration of cognitive functions which is related to a deterioration of school results. Based on the knowledge summarised in the theoretical part, there were 11 hypotheses formulated. The validity of the hypotheses was verified on a group of 374 adolescents, who were chosen from various types of schools in the Zlín Region. Apart from the hypotheses, the research also focuses on looking for the answers to 3 research questions. In order to obtain data the following methods were chosen: the method of the standardised questionnaire survey of depressiveness - Beck depression Inventory BDI-II; the questionnaire N-5 regarding neuroticism; and a questionnaire to find

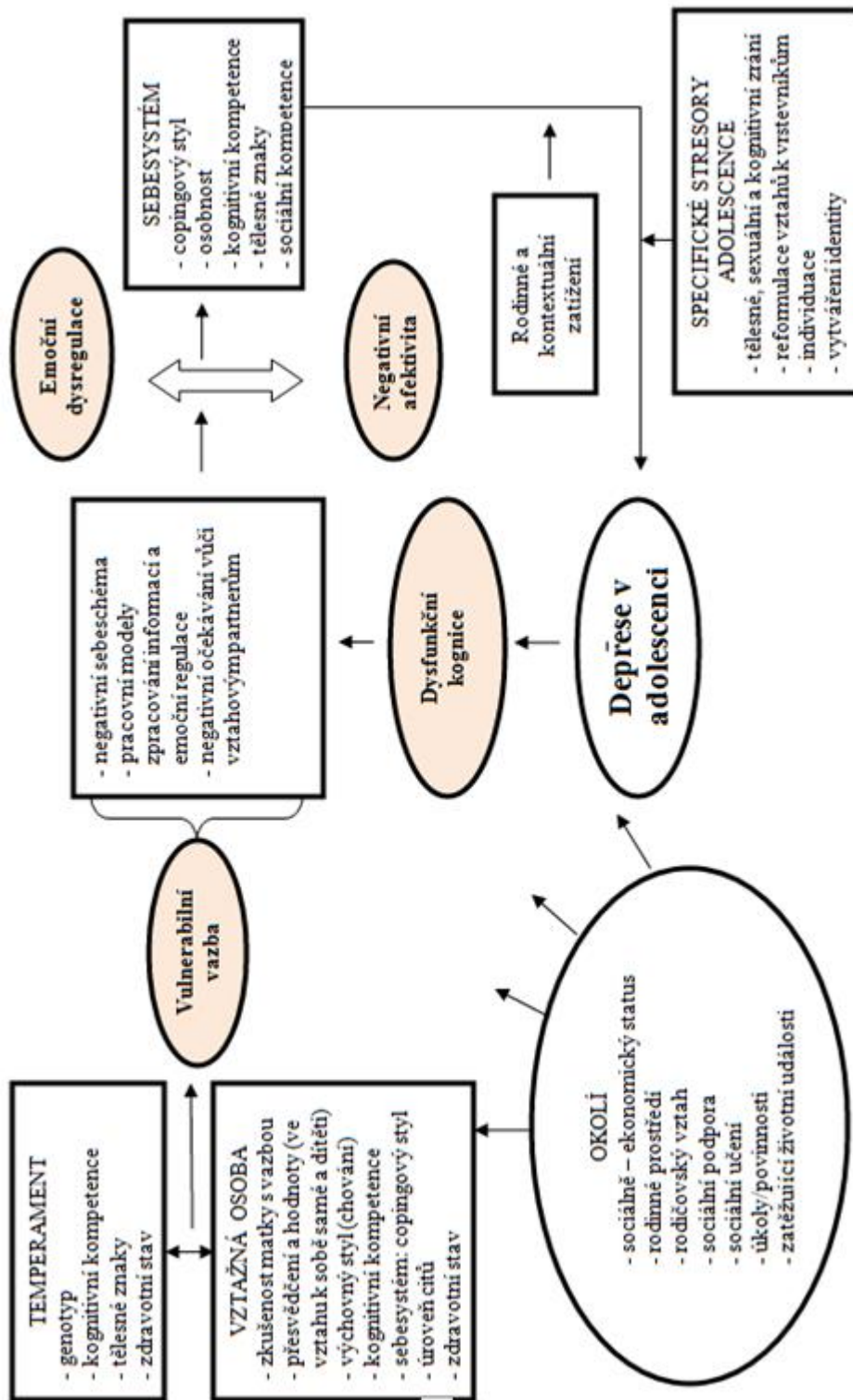
¹³ “Gymnázium” is a type of secondary school which provides students with general knowledge, puts strong emphasis on academic learning and providing advanced secondary education. It aims at intensive preparation for further studies and enrolling at universities and technical colleges. It is comparable to British grammar schools or U.S. preparatory high schools.

¹⁴ “Vocational schools with and without secondary school-leaving examination” are secondary types of institutions providing students with the vocational education and skills they need in order to perform the tasks of a particular job. Some students graduate with a secondary-school leaving examination – “matura”, while others take a lower level of final examination.

assessment data from two consecutive school reports. The data was statistically processed with the STATISTICA 10Cz programme. The research confirmed a link between depressiveness and school results of students from Gymnazium; a link between neuroticism and school results of students from Gymnazium; a very strong linear dependency between depressiveness and neuroticism in all groups; a statistically significant difference in depressiveness as well as neuroticism among students of various types of schools; and a higher level of both depressiveness and neuroticism in the group of girls compared to the group of boys. The research did not confirm a link among depressiveness, neuroticism and school results among students of vocational schools, neither with those which offer a secondary school-leaving examination², nor with those which do not. Depressive boys reach higher scores compared to non-depressive ones in the following items: self-dislike, worthlessness and indecisiveness. Depressive girls reach higher scores compared to non-depressive ones in the following items: punishment feelings, worthlessness, self-dislike and crying. The research is a general or a pilot study because the generalisation of the data obtained is limited mainly by the choice of the research sample.

Key words: Depressiveness, neuroticism, school success, symptoms of depressiveness, adolescence

Příloha č. 3: Model pro vznik a udržení deprese v adolescenci



Model pro vznik a udržení deprese v adolescenci podle McCauley et al. (1995, in Groen 2002)

Příloha č. 4: Souhlas zákonného zástupce nezletilého studenta s testováním

Vážení rodiče,

ve škole, kterou navštěvuje Vaše dítě, proběhne v nejbližších dnech výzkum zaměřený na **školní prospěch a související oblasti života studentů SŠ**. Výzkum bude uskutečněn formou krátkého dotazníku. Výsledky výzkumu budou zcela **anonymní** a budou použity výhradně pro účely zpracování diplomové práce. Vaše dítě nebude nikde uvádět své jméno ani jiná osobní data, sloužící k jeho identifikaci. Cílem výzkumu je zpracování souhrnných údajů o zkoumané populaci, ne o jednotlivcích. Prosím Vás tímto o udělení souhlasu, aby se Váš syn/Vaše dcera _____, třída _____ mohl/a vyplnění dotazníku zúčastnit, a aby mohl realizátor výzkumu poskytnutá data zpracovat.

Případné dotazy ráda zodpovím.

Kontakt: emartinakova@seznam.cz

Děkuji Vám za spolupráci

Mgr. Eva Martináková

Souhlasím – nesouhlasím (nevyhovující prosím přeškrtněte).

datum a podpis zákonného zástupce

Příloha č. 5: Dotazník BDI-II

Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce.

Příloha č. 6: Dotazník N-5

Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce.

Příloha č. 7: Dotazník na školní prospěch z vybraných předmětů

Prosím, vyplňte na závěr ještě údaj o tom, jakou známku jste měli z následujících předmětů

v tomto pololetí a na konci minulého školního roku:

	Pololetí 2014	Konec škol. roku 2012/13
Český jazyk		
Cizí jazyk (jazyk, který se učíte déle)		
Matematika		

Příloha č. 8: Ukázka zpracování získaných dat v Excelu

Gymnázium		Hodnoty v testu BDI-II (položky 1 - 21)																				Míra deprese								
Os.	Pohl.	Věk	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16a	16b	17	18a	18b	19	20	21	Hr. skór	Minimál.	Mírná	Střední	Těžka
1.	1	17	1	1	1	1	0	3	0	1	0	0	1	0	0	0	2	1	0	1	0	1	0	1	0	15				
2.	1	17	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	1			
3.	1	17	1	1	2	1	1	0	2	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	14		1		
4.	1	17	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	6	1			
5.	1	16	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4	1			
6.	1	17	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	8	1			
7.	0	17	0	1	2	0	2	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	12	1			
8.	0	17	2	2	2	1	1	3	1	1	1	2	2	0	2	3	2	0	1	2	0	1	2	2	0	34				1
9.	0	17	1	1	2	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	14	1			
10.	0	16	1	1	2	1	1	0	2	1	1	3	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	23				1
11.	0	17	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	2	0	18	1			
12.	0	17	1	1	2	0	1	2	2	1	1	2	3	1	1	1	3	0	1	1	0	1	0	2	0	29				1
13.	0	16	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	6	1			
14.	0	17	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	8	1			
15.	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	5	1			
16.	0	17	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	10	1			
17.	0	16	1	1	0	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	3	1	0	1	1	0	24				1
18.	0	17	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	5	1			
19.	0	17	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	7	1			
20.	0	16	1	1	1	1	1	2	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	17				1
21.	1	17	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	1			
22.	1	17	0	1	1	0	2	0	1	1	0	2	0	0	0	2	1	0	1	0	1	0	0	1	0	13	1			
23.	1	17	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	1			

Příloha č. 9: Ukázka výpočtu míry závislosti mezi depresivitou a školním prospěchem u studentů gymnázií

Correlation Analysis

Correlation Coeff

Correlation **0,289348**

Hypothesis Tests for ρ

$H_0: \rho = 0$

Alternative

\neq $>$ $<$

$H_1: \rho \neq 0$

p-value = **0,001016**

Linear Regression: Analysis associated with a model of the form $Y = mX + c + \text{error}$

Constant Term

Set constant term = 0

Summary			Confidence Ints.	
	Estimate	SE	Level 0,95	R^2 0,08372
Slope	4,010718	1,19153	Lower 1,65235	Upper 6,36908
Constant	4,75288	2,65718	Lower -0,5064	Upper 10,0122

Scatterplot with Regression Line

Draw line

Show equation

Decimal places **3**

Průměr celk.-Range for Regression Line

Left **1**

Right **4,165**

Hypothesis Tests

Slope

$H_0: \text{Slope} = 0$

Alternative

\neq $>$ $<$

$H_1: \text{Slope} > 0$

p-value = **0,000508**

Constant

$H_0: \text{Const} = 0$

Alternative

\neq $>$ $<$

$H_1: \text{Const} \neq 0$

p-value = **0,076106**

ANOVA ➔

Residuals Analysis ➔