

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Výskyt depresivních obtíží u pedagogů na ZŠ

Lucie Váňová

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Váňová**
Osobní číslo: **H16316**
Studijní program: **B6107 Humanitní studia**
Studijní obor: **Humanitní studia**
Název tématu: **Výskyt depresivních obtíží u pedagogů na ZŠ.**
Zadávající katedra: **Katedra věd o výchově**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Bakalářská práce je zaměřena na míru výskytu deprese u pedagogů na základní škole. V teoretické části vysvětlím pojem deprese, vymezím její druhy, zaměřím se na symptomy, etiopatogenezi a na možnosti léčby a prevenci. Vysvětlím princip Beckovy posuzovací škály deprese, který bude použit v praktické části jako výzkumný nástroj. Pomocí standardizovaného výzkumného nástroje bude zjištěna míra výskytu depresí u pedagogů základní školy.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději. Vyd. 3. Praha: Portál, 2015. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0859-4.

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

CANTOPHER, Tim. Depresivní onemocnění: prokletí silných. Olomouc: ANAG, 2012. ISBN 978-80-7263-768-3.

SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0976-8.

ATKINSON, Sue. Jak zdolat skálu jménem deprese: praktický průvodce pro lidi trpící depresí. Praha: Albatros, 2005. Albatros Plus. ISBN 80-00-01544-7.

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

GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Marcela Ehlová, Ph.D.**

Katedra věd o výchově

Datum zadání bakalářské práce: **1. dubna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2019**



prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.
děkan



L.S.



Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 27. listopadu 2017

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a se směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012 bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 3.6.2019

Lucie Váňová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce PhDr. Marcele Ehlové, Ph.D. za cenné rady a pomoc při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům za jejich vstřícnost.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou výskytu depresivních obtíží u pedagogů na základních školách. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část je zaměřena na vysvětlení pojmu deprese, vymezení druhů, symptomy, etiopatogenezi, možnosti léčby a prevenci deprese. Dále obsahuje kapitolu deprese a stres u pedagogů. Praktická část využívá kvantitativní výzkum. V praktické části je vysvětlena Beckova posuzovací škála deprese, která je použita jako výzkumný nástroj, pomocí kterého je zjištěna míra výskytu deprese u učitelů základních škol.

Klíčová slova

deprese, stres, učitelé, duševní zdraví, základní škola, Beckova posuzovací škála deprese

Title

The occurrence of depressive difficulties in elementary school teachers

Annotation

The bachelor thesis deals with the problem of the occurrence of depressive difficulties in elementary school teachers. The thesis consists of theoretical and practical part. The theoretical part is focused on the explanation of the term depression, defining the types of depression, symptoms, etiopathogenesis, possibilities of treatment and prevention of depression. It also includes a chapter about depression and stress in teachers. The practical part of the thesis uses quantitative research. In the practical part, there is explained the Beck rating scale of depression, which is used as a research tool to detect the rate of depression in elementary school teachers.

Keywords

depression, stress, teachers, mental health, elementary school, Beck rating scale of depression

OBSAH

ÚVOD	9
1 DEPRESIVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	11
1.1 Vymezení pojmu deprese.....	11
1.2 Mýty a předsudky.....	13
1.3 Vývoj chápání deprese jako nemoci v průběhu historie	14
2 DRUHY DEPRESE	17
3 SYMPTOMY DEPRESE.....	19
3.1 Diagnóza deprese dle devíti znaků.....	19
3.2 Symptomy deprese u mužů	21
3.3 Tělesné symptomy deprese	21
4 ETIOPATOGENEZE DEPRESE	22
4.1 Vliv genetických faktorů.....	22
4.2 Narušený životní styl.....	23
4.3 Psychologické faktory	23
4.4 Deprese jako následek tělesného onemocnění a užívání léků.....	23
4.5 Zátěžové životní události	24
4.5.1 Stres.....	25
4.6 Biologické faktory.....	26
4.7 Další faktory.....	26
4.7.1 Stáří a deprese	27
4.7.2 Pohlaví a deprese.....	27
5 LÉČBA DEPRESE	28
5.1 Antidepresiva	28
5.2 Psychoterapie	29
5.3 Přírodní terapie.....	30
6 DEPRESE A STRES U PEDAGOGŮ.....	31
6.1 Příčiny stresu u pedagogů	31
7 PREVENCE DEPRESE.....	34
8 VÝZKUMNÁ ČÁST	36
8.1 Beckova posuzovací škála deprese	36
8.2 Cíle výzkumu	36
8.3 Stanovení hypotéz.....	37

8.4	Výzkumné metody	37
8.5	Výzkumný vzorek	38
8.6	Realizace výzkumu	38
8.7	Výsledky dotazníkového šetření a jejich interpretace	39
8.7.1	Verifikace hypotéz	49
8.7.2	Shrnutí hypotéz	56
8.8	Závěr výzkumného šetření	57
	ZÁVĚR	59
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
	SEZNAM GRAFŮ A TABULEK	63
	SEZNAM PŘÍLOH	64

ÚVOD

Bakalářskou práci jsem zaměřila na výskyt depresivních obtíží u pedagogů na základních školách. Toto téma jsem si zvolila z důvodu mého dlouholetého zájmu o psychologii a různá psychická onemocnění. Na pedagogické pracovníky jsou kladeny vysoké nároky, a to vede k výskytu již zmiňovaných depresivních obtíží. Domnívám se, že na pedagogy je vyvíjen tlak společností, jež očekává, že budou děti pedagogy nejen vyučovány, ale také vychovávány. Kromě práce se samotnými žáky mají na starost i veškerou potřebnou administrativu. To vše může vyústit v dlouhodobý stres, který je jednou z příčin deprese.

Cílem bakalářské práce je zjistit, zda se u pedagogů vyskytují depresivní obtíže, a pokud ano, v jaké míře. Zároveň chci pomocí dotazníkového šetření odpovědět na otázku, zda má na případné depresivní obtíže vliv pohlaví, věk, pracovní kolektiv, vyučovaný stupeň základní školy, stres v zaměstnání nebo absence pravidelných volnočasových aktivit. Příslušný dotazník je členěn na dvě části: v první respondenti odpovídají na mnou zkonstruované otázky a ve druhé probíhá šetření pomocí Beckovy stupnice pro posuzování deprese, ze které zjistím, zda respondenti trpí těžkou, středně těžkou, lehkou nebo žádnou depresí.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a výzkumné části. Teoretická část obsahuje 7 kapitol, jejím záměrem je poskytnout základní informace o tomto onemocnění tak, aby se čtenář v dané problematice orientoval. V první kapitole vymezím pojem deprese, popíši nejčastější mýty a předsudky, které se k tomuto onemocnění pojí, a také uvedu, jakému chování k nemocnému by se okolí mělo vyvarovat. Rovněž se zaměřím na stručný popis vývoje chápání deprese jako nemoci a vývoje její léčby v průběhu let.

V druhé kapitole rozčlením druhy deprese podle MKN-10 a zároveň se budu zabývat samotnými symptomy.

Podrobný rozbor jednotlivých symptomů provedu ve třetí kapitole. Věnovat se budu nejen devíti nejčastějším symptomům, ale také symptomům tělesným a rozdílnosti symptomů u žen a u mužů.

Hlavním tématem čtvrté kapitoly je etiopatogeneze deprese neboli příčiny vedoucí k depresi. V této kapitole uvedu mnoho faktorů, které by mohly vést k depresivním poruchám.

Pátá kapitola bude zaměřena na léčbu deprese pomocí antidepresiv, psychoterapie nebo využitím alternativní bylinné léčby.

Šestá kapitola má název Deprese a stres u pedagogů. Stres může být jednou z příčin deprese, a proto se zaměřím na možné příčiny stresu u pedagogů, které zahrnují i vliv pracovního prostředí a kolektivu.

V sedmé kapitole stručně shrnu možnosti prevence před stresem a depresí. Deprese však často vzniká bez vnější příčiny, a proto jsou tato doporučení spíše obecná.

Hlavním cílem výzkumné části je zmapovat výskyt a potenciální příčiny deprese u pedagogů na základních školách. Výzkum je realizován pomocí kvantitativního šetření, přesněji formou dotazníku a Beckovy posuzovací škály deprese. V praktické části je vysvětleno, co je to Beckova posuzovací škála deprese, dále je zde popsán celý průběh a vyhodnoceny výsledky výzkumu. Pro větší přehlednost je text doplněn o grafy.

1 DEPRESIVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Deprese je psychické onemocnění, které zná naše společnost již velmi dobře, přesto je někdy obtížné toto vážné onemocnění odhalit. Následující kapitola objasňuje, co je to deprese a s jakými předsudky se lidé s tímto onemocněním mohou potýkat.

1.1 Vymezení pojmu deprese

Lidé, kteří nejsou dostatečně seznámeni s depresivním onemocněním, mohou považovat nemocné za nespolečenské, neschopné nebo líné. Často se tímto slovem plýtvá a denně lidé říkají, že mají z něčeho „depku“, ale tyto pocity občasných melancholických nálad mají do opravdové těžké deprese daleko. Deprese je především dlouhodobá záležitost, která znemožňuje každodenní fungování. Jak uvádí Praško a kol.¹: *„Deprese je nemoc, nikoliv lenost, nedostatek vůle nebo slabošství. Je to nemoc, která vede k závažnému životnímu utrpení. Zasahuje jak toho, kdo jí onemocněl, tak i celou jeho rodinu. Vede k pocitům ztráty smyslu života.“*

Depresi je třeba považovat za nemoc jako jakoukoli jinou. Je stejně nebezpečná jako tělesné onemocnění. Při depresi, zejména při těžké formě, jde často o život pacienta. Trýznivé pocity jsou tak silné, že si lidé v depresi mnohdy sáhnou na život. Koutek² uvádí, že deprese je se suicidálním jednáním spojována nejčastěji. Naštěstí se ale většina tělesných onemocnění dá léčit a deprese není výjimkou.

Co se tedy rozumí depresí? Röhr³ uvádí, že: *„Deprese je závažná nemoc. Vyznačuje se trvalou narušeností celkové nálady. Zasahuje duši, vede k tělesným poruchám i k poškození mezilidských vztahů, žene lidi na pokraj existenciální propasti, a někdy je dohání až k sebevraždě. Nesmírně trpí všechny sféry života. Symptomy: poruchy spánku, ztráta energie, nedostatek soustředěnosti, ústup sexuální žádostivosti, ztráta chuti k jídlu, neschopnost požitku, ztráta zájmů, ztráta citu pro vlastní hodnotu a celková ztráta radosti ze života. Jako průvodní symptomy obvykle pozorujeme tělesné bolesti, vnitřní neklid, ztrátu emocí*

¹ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2008. str. 18.

² KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: [současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících]*. 2003. str. 59

³ RÖHR, Heinz-Peter. *Cesty z úzkosti a deprese: o štěstí lásky k sobě samému*. 2012. str. 158-159.

a vnímavosti, zármutek a silné pocity viny. Pro depresivního člověka jako by se zastavil čas. Hlavně nemůže uvěřit, že by bylo možné zlepšit jeho momentální stav.“

Křivohlavý⁴ uvádí, že slovo deprese je latinského původu. Slyšíme v něm sloveso deprimere, deprimere, depressi, depressus, což znamená stlačit. Přesněji stlačit dolů. V současné době slovesná forma slova deprese vyjadřuje stisknout, stlačit, snížit (například výkon, míru energie). Označuje i slova jako sklíčit, stísnit, deprimovat, oslabit (například aktivitu, fyzickou nebo tělesnou sílu). Deprese sama pak znamená pokles, stísněnost, sklíčenost, krizi nebo například stagnaci. Z toho lze vyvodit, že nemocný má málo energie a síly, což mu znemožňuje provedení jakékoli činnosti. Je třeba si uvědomit, že existuje více forem a typů deprese.

Pocity smutku zažil téměř každý, je to přirozená věc, pokud přijdeme o zaměstnání nebo blízkou osobu, stane se nám něco zlého, jsme v životě s něčím nespokojení a podobně. Smutek může trvat měsíce, ale lidé jsou při tom obvykle schopni chodit do práce a starat se o rodinu. Problém nastává, pokud nám smutek znemožní každodenní fungování a trvá příliš dlouho. Může se stát, že deprese naváže na smutek ze ztráty, a to způsobí, že člověka smutek zcela pohltí, až není schopný běžných aktivit nebo chodit do zaměstnání.⁵

Někteří lidé jsou pesimističtí a s tímto přístupem k životu mohou být více náchylní k depresivnímu onemocnění, avšak negativní pohled na okolnosti a věci ještě nemusí znamenat depresi. Křivohlavý⁶ vysvětluje pojem pesimista takto: „*Za pesimistu je považován člověk, který v situaci, kdy se mu děje něco negativního (zlého), chápe momenty, které k tomuto stavu vedou, jako síly působící dlouhodobě, jsou obecně platné a pramení v jeho vlastním nitru (jsou interního původu – on to zlé sám způsobil, nebo má na tom svůj výrazný podíl).*“

Praško a kol.⁷ rozlišuje mírnou, středně těžkou a těžkou depresi. Při mírné depresi je jedinec schopný chodit do práce a fungovat v každodenním životě, jen mu vše jde hůře a pomaleji, věci ho přestávají bavit, vyhýbá se přátelům a uzavírá se do sebe. Při středně těžké depresi je postižený většinu času nešťastný, zpomalený nebo nadměrně napjatý, nedokáže se už soustředit ani na televizi nebo noviny, izoluje se od lidí, ztrácí zájem o sexuální život.

⁴ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 2013. str. 22.

⁵ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2008. str. 27.

⁶ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. 2012. str. 43.

⁷ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2008. str. 29.

Má nedostatek energie a za vše se obviňuje. Při těžké depresi postižený především jen leží v posteli, není schopen se starat ani sám o sebe, utápí se v sebevčítkách. Je buď výrazně zpomalený, nebo naopak plný neklidu. Pacient nemá žádnou energii, nevykonává tudíž ani žádnou praktickou činnost. Porucha nálady je hluboká. Často myslí na sebevraždu, avšak tyto myšlenky se objevují i u mírné a středně těžké deprese.

Češková⁸ uvádí, že: „Většina nemocných s depresí je léčena ambulantně, často u praktických lékařů a psychologů. Hospitalizováni jsou nemocní se závažnou nebo farmakorezistentní depresí, vysokým rizikem suicidia, se závažnou tělesnou komorbiditou a minimální sociální podporou.“

1.2 Mýty a předsudky

Depresivní onemocnění se často spojuje s mýty a předsudky, které vznikly už v dávné době, ale přesto jim mnoho lidí stále věří. V dobré víře mohou lidé v depresi obdržet rady typu, že se z tohoto stavu mohou dostat sami pomocí silné vůle, že se stačí vzchopit a vzít svůj život do vlastních rukou. Bohužel přesně o to se depresí trpící lidé také často pokouší, ale jsou neúspěšní, protože to nelze. Opakovanými neúspěchy a tlakem okolí se pak jejich stav může ještě zhoršit. Může se též stát, že blízké okolí nebo rodina hledá vinu u sebe. Myslí si, že oni mohou za to, že jejich blízký člověk trpí depresí. Takové přesvědčení je třeba také vyvrátit, jelikož stres, ke kterému dochází při různých konfliktech, sám o sobě depresi zavinit nemůže. Může být pouze spouštěčem, podobně jako u žaludečních vředů nebo cukrovky.⁹

Křivohlavý¹⁰ potvrzuje, že to, co je pro nás snadné, pro druhého snadné být nemusí. Výrazy typu, že „to nic není“, „snadno se z toho dostaneš“ nebo „za chvíli to přejde“, jsou nejen neporozuměním, ale přímo ranou do srdce člověku v depresi. Pro tohoto člověka to „něco“ je, ví, že se z toho tak snadno nedostane, a ví, že to za chvíli nepřejde. Občas se stává, že někoho napadne, aby si člověk s depresí jel odpočinout někam do lázní apod., avšak člověk v depresi má obtíže s navazováním nových vztahů, přizpůsobováním se novému prostředí a s rozhovorem s novými lidmi.

⁸ ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. 2013. str.24.

⁹ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2008. str. 30.

¹⁰ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 2013. str. 96

Dalším předsudkem je, že lidé, kteří trpí depresí, jsou méně inteligentní, slabí, neschopní nebo líní. Tato přesvědčení se nezakládají na pravdě, jelikož deprese s rozumovými ani jinými schopnostmi nesouvisí.¹¹ Je známo, že deprese trpí nebo trpělo mnoho umělců, což také mimo jiné vyvrací mýtus, že by lidé v depresi měli být líní a neschopní.

Myslím si, že je důležité, aby se povědomí o tom, co je depresivní onemocnění a jak se projevuje, co nejvíce šířilo k široké veřejnosti, jelikož je toto onemocnění stále častější a počet nemocných mezi lety 2005 až 2015 vzrostl o 18 %. S depresí se nyní potýká přes 300 milionů lidí po celém světě.¹² Pokud bude veřejnost vědět, že se člověk v depresi nemůže vzchopit sám, že mu nepomůžou rady tohoto typu a že existuje odborný způsob, jak tuto nemoc léčit, ušetřilo by to mnoho trápení nemocným, ale i jejich blízkému okolí. Je třeba si také uvědomit, že existuje více druhů depresí, z nichž některé jsou lehčí a mohou odeznít samy, ale jiné těžší formy se bez odborníka neobejdou.

1.3 Vývoj chápání deprese jako nemoci v průběhu historie

Pohled na depresivní onemocnění a jeho léčbu se postupem času vyvíjel a stále se vyvíjí. Jak jsem již zmiňovala v předchozí podkapitole, stále se ještě dnes můžeme setkat s předsudky vůči těmto lidem, i když už ne tak často jako dříve. Není to ani tak dávno, co se deprese vymezila jako nemoc, která by se dala léčit a která se vlastně v mnoha případech léčit musí. Ještě v nedávné historii neměli předsudky pouze obyčejní lidé, ale dokonce i lékaři, jelikož tuto nemoc dostatečně neznali a chování nemocných si vysvětlovali různými způsoby. V této podkapitole budu čerpat zejména z knihy od Cantophera: *Depresivní onemocnění – prokletí silných*.

Typickým příkladem je nahlížení na osoby, které zřejmě trpěly klinickou depresí, jako na posedlé d'áblem či démonem. Tento model se objevuje již v literatuře starověkého Řecka, i když Hippokrates s několika lékaři té doby jako první popsali hysterii a došli k závěru, že toto onemocnění může mít souvislost s psychologickými procesy. Nicméně posedlost démony a čarodějnictví byly v Evropě rozšířenými vysvětleními projevů lidí s depresí nebo jinak

¹¹ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2008. str. 30.

¹² WHO | Depression. WHO | World Health Organization [online]. Copyright © [cit. 06.02.2019]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/

duševně nemocných osob, a to až do poloviny osmnáctého století a v Severní Americe ještě déle. Léčba byla jednoduchá a brutální.¹³

Myslím si, že mnoho lidí v této době své psychické problémy nepřiznalo, jelikož se obávali, a to oprávněně, léčby a odsouzení společností. Je otázkou, zda nemocných v moderní době opravdu přibývá, kvůli životnímu stylu, stresu atd., nebo zda jen depresivní onemocnění přestává být tabuizované a lidé se k němu přiznají spíše než dříve, kdy jim hrozilo odsouzení a mnohdy nevhodné praktiky léčení. Podle Löfflera a kol.¹⁴: „*Není žádná nutná souvislost mezi moderním životem a duševním utrpením. Nicméně dnes zacházíme s psychickými poruchami otevřeněji, více je bereme na vědomí a častěji si klademe otázku, co je ještě normální a co již chorobné. Obraz psychických nemocí včetně deprese se silně změnil: mít depresi již není tabu!*“

Ve středověku byla deprese považována za důsledek zvýšené činnosti jater, která vedla k tvorbě takzvané „černé žluči“. Je obtížné najít informace o léčbě psychologických problémů do konce osmnáctého století, kromě mučení. Až na počátku dvacátého století německý profesor psychiatrie Emil Kraepelin došel k názoru, že psychologické příznaky jako schizofrenie, mánie a deprese mají pravděpodobně tělesnou příčinu, i když nevěděl jakou. Přesto se jednalo o obrovský pokrok, protože se na lidi trpící depresí začalo pohlížet jako na nemocné, a ne jako na špatné nebo degenerované. Přibližně ve stejnou dobu dal o sobě vědět i Sigmund Freud a jeho spolupracovníci. Věřil, že jednou bude v mozku objevena tělesná příčina všech duševních chorob. Také poznal, že psychologické a tělesné procesy od sebe nelze oddělovat a že mysl má sídlo ve fyzické struktuře mozku. Začal pracovat s nevědomím a základními pudy.¹⁵

Praško a kol.¹⁶ potvrzuje tato tvrzení ve své knize, kde říká, že v antickém Řecku depresi nazývali „melancholií“ a dle Hippokrata ji způsobuje nadbytek „černé žluči“ v organismu, což dokazuje, že tělesnou příčinu deprese hledali již v tomto období. Ve středověku byla příčina deprese vysvětlována posedlostí démony nebo ďáblem. Léčba se prováděla exorcismem. Na počátku moderní doby Sigmund Freud tvrdil, že je deprese výsledkem potlačeného vzteku,

¹³ CANTOPHER, Tim. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. c2012. str. 18.

¹⁴ LÖFFLER, Constanze, Beate WAGNER a Manfred WOLFERSDORF. *Muži nepláčou?: deprese u mužů - jak ji rozpoznat a léčit*. 2014. str. 33-34.

¹⁵ CANTOPHER, Tim. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. c2012. str. 19-20.

¹⁶ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2008. str. 58

zlosti, která sice patří jiným lidem, ale je obrácena proti sobě. Biologicky orientovaní psychiatři jsou přesvědčeni, že příčinou vzniku deprese jsou biochemické změny v mozku.

Dnes se deprese léčí pomocí psychoterapie nebo antidepresivy. Nejlepší dosavadní možností je zkombinování těchto dvou způsobů léčby (viz kapitola 5).

Na počátku padesátých let dvacátého století lékaři vyslovili domněnku, že nedostatek noradrenalinu v určitých částech mozku může být příčinou depresivního onemocnění. Následně vyšlo najevo, že látka serotonin hraje při vzniku deprese ještě významnější roli než noradrenalin. Z toho vyplývá, že depresivní onemocnění je chemickou záležitostí.¹⁷

¹⁷ CANTOPHER, Tim. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. c2012. str. 21-22.

2 DRUHY DEPRESE

Depresi lze dělit z různých pohledů. V literatuře se většinou nesetkáme s jednotným dělením, proto jsem se rozhodla, že využiji jako zdroj Mezinárodní statistickou klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů.

MKN je publikace Světové zdravotnické organizace (WHO), která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností. V roce 2004 vydala WHO druhé aktualizované vydání MKN-10, na jehož základě vznikla druhá aktualizovaná verze českého vydání MKN-10, v roce 2016 pak vydala zatím poslední vydání, ze kterého vychází i aktualizovaná verze překladu MKN-10 pro rok 2018.¹⁸ Z této aktualizované verze budu čerpat v celé následující kapitole.¹⁹ MKN rozděluje nemoci do kapitol a oddílů. Deprese spadá pod pátou kapitolu s názvem Poruchy duševní a poruchy chování a pod oddíl F30–F39 s názvem Afektivní poruchy (poruchy nálady).

F31 – Bipolární afektivní porucha

„Porucha je charakterizovaná dvěma nebo více fázemi, při nichž je nálada a úroveň aktivity pacienta významně narušena. Tato porucha tkví v tom, že za určitých okolností je patrná zvýšená nálada, energie a aktivita (hypomanie anebo manie), jindy zhoršení nálady a snížení aktivity a energie (deprese).“

F32 – Depresivní fáze

Depresivní fáze je fáze, která může probíhat v lehké, střední nebo těžké formě. Nemocný má zhoršenou náladu, sníženou energii a aktivitu. Jeho smysl pro zábavu, osobní zájmy a schopnost koncentrace jsou narušeny. Je unavený i po minimální aktivitě, má narušený spánek a zhoršenou chuť k jídlu. Sebehodnocení a sebedůvěra jsou zhoršeny, pocity viny a beznaděje jsou přítomny i u lehkých případů. Špatná nálada se v časovém průběhu příliš nemění, nereaguje na okolní změny. Může být provázena tzv. „somatickými“ symptomy, jako je ztráta zájmů a pocitů uspokojení. Člověk se ráno probouzí o několik hodin dříve před svou obvyklou hodinou, a právě během ranních hodin je deprese nejhorší. Nemocný přichází

¹⁸ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha: ÚZIS, © 2017 [cit. 2018-11-21]. dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>

¹⁹ MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. [online]. Praha: ÚZIS, © 2017 [cit. 2018-11-21]. dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

o chuť k jídlu, hubne a ztrácí libido. Podle počtu a tíže příznaků je možno fázi hodnotit jako mírnou, střední nebo těžkou.

V **lehké depresivní fázi** jsou obvykle přítomny alespoň dva až tři výše zmíněné příznaky. Nemocný je obvykle deprimován, ale většinou je schopen účastnit se běžných denních aktivit. Ve **středně těžké depresivní fázi** jsou obvykle přítomné čtyři a více výše uvedené příznaky. Pacient má větší obtíže s běžnou denní činností. V **těžké depresivní fázi bez psychotických příznaků** má pacient pocit beznaděje, viny, ztrácí sebehodnocení. Často se potýká s myšlenkami na sebevraždu, o kterou se i mnohdy pokusí. Většinou jsou přítomné i „somatické“ příznaky. V **těžké depresivní fázi s psychotickými příznaky** má pacient stejné příznaky jako v předchozí fázi, ale vyskytují se u něj i bludy, halucinace, a obvyklé sociální aktivity nejsou možné. Je zde vysoká možnost sebevraždy, ziznění nebo hladovění.

F33 – Periodická depresivní porucha

„Porucha je charakterizovaná opakovanými fázemi deprese, jak je popsáno v depresivní fázi (F32), aniž jsou v anamnéze samostatné fáze zvýšené nálady a energie (manie). Mohou být však přítomny krátké fáze lehkého zvýšení nálady a zvýšené aktivity (hypomanie), které se dostávají bezprostředně po depresivní fázi, někdy vyvolané antidepressivní léčbou.“

F34 – Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)

„Přetrvávající a obyčejně kolísající poruchy nálady, u nichž většina jednotlivých fází není dostatečně těžkých, aby mohly být popsány jako hypomanické nebo lehce depresivní fáze. Protože trvají mnoho let a často po většinu života dospělého pacienta, způsobují mu mnoho problémů. V některých případech periodické nebo jediná manická nebo depresivní fáze může nasedat na trvalou afektivní poruchu.“

Cyklotymie je trvalá nestabilita nálady včetně početných období deprese nebo lehké manie, avšak žádná není natolik těžká nebo dlouhá, aby opravňovala k diagnóze bipolární afektivní poruchy (F31) nebo periodické depresivní poruchy (F33). Tato porucha je často přítomná u příbuzných pacientů s bipolární afektivní poruchou. U některých jedinců s cyklotymií se může nakonec vyvinout bipolární afektivní porucha. **Dystymie** je chronické zhoršení nálady trvající alespoň několik let, které ale není natolik těžké nebo jednotlivé periody nejsou dostatečně dlouhé, aby opravňovaly k diagnóze těžké, středně těžké nebo lehké formy periodické depresivní poruchy (F33).

3 SYMPTOMY DEPRESE

Jako každá nemoc má své symptomy i depresivní onemocnění. Symptomy mohou být jak psychické, tak tělesné, ale je třeba brát v úvahu, že se často prolínají a vždy spolu souvisí. To, zda člověk trpí depresí a v jaké míře, by měl vždy odborně určit lékař.

3.1 Diagnóza deprese dle devíti znaků

Nedley²⁰ popisuje, že diagnózu lze stanovit na základě několika symptomů, které člověk prožívá déle než dva týdny a neprožil bezprostředně předtím žádný traumatizující zážitek. Těchto symptomů je devět, a pokud člověk trpí nejméně pěti z nich, má objektivně stanovenou těžší depresi. Ten, kdo prožívá dva až čtyři příznaky, má objektivně stanovenou mírnou formu deprese.

Prvním symptomem je **hluboký smutek**. Člověk pocítuje smutek nebo pocit prázdnoty téměř každý den či většinu dne. Může se například bezdůvodně rozplakat. To však stále neznamena, že každý, kdo prožívá hluboký smutek či záchvaty pláče, trpí psychickým onemocněním. U dětí a dospívajících se naopak tento příznak projevuje jako znepokojivá proměnlivá nálada nebo podrážděnost či přecitlivělost. Praško a kol.²¹ zdůrazňuje, že smutek u člověka, který trpí depresí, ovlivňuje celé jeho prožívání, zabarvuje jeho vnímání tak, že všechno kolem sebe vidí „černě“, myslí negativně, a vede k sebevýčtkám. Snaha rozveselit člověka v depresi vtípem nebo historkou většinou vede k jeho ještě většímu rozesmuthnění, případně k pláči.

Druhý symptom je **apatie** neboli lhostejnost. Lidé, u kterých si nevyskytuje ani první, ani druhý příznak bez ohledu na to, kolik dalších příznaků se u nich objevuje, těžkou depresí netrpí. Apatie se projevuje výrazným snížením zájmu nebo radosti téměř při každé denní činnosti. Dotyčnému již nepřináší radost ani vykonávání dříve příjemných věcí a provádí je spíše automaticky. Nemocný ztrácí i motivaci k činnostem.²²

Třetím symptomem je **rozrušenost** nebo neklid, a to bez konkrétní příčiny. Tento příznak se diagnostikuje, pokud je běžná úroveň aktivity organismu výrazně zpomalená. Čtvrtý příznak je **porucha spánku**. Někdo trpí nespavostí, někdo se zase cítí ospalý skoro celý den.

²⁰ NEDLEY, Neil. *Život bez deprese*. 2007. str. 28-30.

²¹ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2008. str. 47.

²² NEDLEY, Neil. *Život bez deprese*. 2007. str. 30.

Typické je, že se těmto lidem nechce ráno vstávat z postele.²³ Musí se opravdu přemáhat, aby vstali a začali nový den. Ráno jsou příznaky většinou horší a příčinou jsou hormonální změny. Cantopher²⁴ vysvětluje, že: „*Za normálních okolností hladina hormonu kortizonu během dne kolísá, přičemž brzy ráno je nejvyšší a během dne postupně klesá, až k večeru, kdy dosáhne minima. Při depresi ovšem toto ranní maximum chybí. U některých lidí trpících depresí se vyskytují i další poruchy hladiny kortizonu. Konkrétně při celodenním sledování dochází k jejímu zvyšování, ovšem v každém případě chybí normální kolísání hladiny kortizonu a zdá se, že právě tato porucha vyvolává problém. To je důvod, proč se ráno cítíte hůř. Toto je jeden z důkazů, že deprese je opravdu nemoc těla.*“

Pátým symptomem jsou **poruchy příjmu potravy** a změny hmotnosti. Může se objevit jak úbytek, tak i přírůstek tělesné váhy. To samé platí o chuti k jídlu. Šestý symptom je **ztráta schopnosti se soustředit**. Patří sem i potíže s rozhodováním a jasným myšlením.²⁵ „*Deprese znemožňuje rozhodování prakticky ve všem – v důležitých věcech i maličkostech. Nerozhodnost může být tak velká, že brání nemocnému hnout se z místa nebo provést jednoduché činnosti, protože nedokáže zvolit jejich správné pořadí.*“²⁶ Je třeba si uvědomit, že mnoho lidí může být nerozhodných i v maličkostech, ale přesto depresí trpět nemusí, pokud se u nich neobjevují jiné symptomy. Přesto jde o nepříjemnou vlastnost, která může často znemožňovat každodenní činnosti.

Sedmým symptomem trpí osoby, které téměř každý den prožívají **pocit zbytečnosti**. Patří sem i nepřiměřený pocit viny.²⁷ Nemocný si vyčítá mnoho věcí, za které ve skutečnosti vůbec nemůže, a jeho přesvědčení mu nelze vymluvit. Vyčítá si minulost a má pocit, že vše zkazil a už to nelze napravit. Tyto myšlenky jsou velice trýznivé a mohou vést až k dalšímu symptomu, a tím jsou suicidální myšlenky.

Do osmého symptomu tedy patří **chorobné myšlenky na smrt** nebo sebevraždu. Někdo se o ni i pokusí. Poslední příznak je velmi častý a je jím **únava a nedostatek energie** po téměř celý den.²⁸ Únava samozřejmě může mít mnoho příčin a je třeba dojít k té správné. Symptomů může být ovšem ještě více. Uvedu některé, které popisují další autoři.

²³ NEDLEY, Neil. *Život bez deprese*. 2007. str. 30.

²⁴ CANTOPHER, Tim. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. c2012. str. 15.

²⁵ NEDLEY, Neil. *Život bez deprese*. 2007. str. 30.

²⁶ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2008. str. 48.

²⁷ NEDLEY, Neil. *Život bez deprese*. 2007. str. 30.

²⁸ NEDLEY, Neil. *Život bez deprese*. 2007. str. 30.

3.2 Symptomy deprese u mužů

Löffler a kol.²⁹ ve své knize *Muži nepláčou* popisuje, že se někdy deprese u mužů může projevovat zcela odlišně než u žen, a to především v raných fázích onemocnění. Kromě typických symptomů se může objevit častější stahování do ústraní, které jedinec popírá, přehnané pracovní nasazení, které bývá maskováno stížnostmi na stres, popírání trápení a smutku, častější záchvaty vzteku, impulzivita, nepřijímání pomoci od druhých, zvýšená, až nadměrná konzumace alkoholu nebo nikotinu, závislost na televizi, sportu, hře atd. nebo například skrytá či otevřená nenávisť. Stejně tak inklinují k psychosomatickým potížím. To znamená, že mají bušení srdce, jsou dušní nebo trpí závratí. Avšak tyto problémy jsou psychicky podmíněny, takže při vyšetření nenalezne lékař žádný tělesný problém.

3.3 Tělesné symptomy deprese

Praško a kol.³⁰ uvádí tělesné symptomy deprese, jako je únava, nevykonnost, napětí nebo slabost ve svalech, bolesti hlavy, páteře, břicha, nespavost, snížená nebo zvýšená chuť k jídlu, hubnutí, pocení, zácpa, bolesti žaludku, zhoršená paměť, závratě, bušení srdce, tlaky v hlavě, v krku, třes končetin, poruchy menstruace, nechť k sexu, bolestivý tlak na hrudi nebo pocit sevření. Věřím, že se nezřídka stává, že tyto stavy mohou u lidí vyvolat strach, že trpí nějakou vážnou tělesnou nemocí.

Křivohlavý³¹ se v mnoha tělesných symptomech shoduje s Praškem a kol., ale uvádí i některá navíc. Například časté nutkání k močení, bolesti v srdeční krajině, poruchy srdečního rytmu, celkovou slabost, sucho v ústech nebo ztrátu životního elánu.

Deprese úzce souvisí i s tělesnými nemocemi. Jak píše Grün³²: *„Po srdečním infarktu se občas dostávají depresivní symptomy. I v tomto případě platí: Deprese po srdečním infarktu zvyšuje riziko, že se bude infarkt opakovat.“*

²⁹ LÖFFLER, Constanze, Beate WAGNER a Manfred WOLFERSDORF. *Muži nepláčou?: deprese u mužů - jak ji rozpoznat a léčit*. 2014. str. 20-40.

³⁰ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2008. str. 55.

³¹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 2013. str. 19.

³² GRÜN, Anselm. *Deprese jako šance: spirituální impulzy*. 2015. str. 60.

4 ETIOPATOGENEZE DEPRESE

Depresivní onemocnění může mít mnoho příčin, které se často kombinují. Je obtížné určit, co přesně tuto nemoc zapříčinilo, většinou dokonce příčina zcela chybí a jedná se pouze o špatný poměr chemických látek v mozku a příčiny mohou být jen potenciální spouštěče, které k tomuto onemocnění přispívají. Přesto si myslím, že je důležité mít přehled o případných příčinách, aby s nimi člověk mohl lépe pracovat. Ať již zdravý člověk, který bude vědět čemu se vyhýbat, nebo nemocný, který by se měl pokusit zjistit původ své nemoci, aby mohlo dojít k řádnému a plnohodnotnému vyléčení. Některé věci se sice nedají ovlivnit, ale někdy pouhé vědomí a pochopení souvislostí může pomoci.

4.1 Vliv genetických faktorů

Genetika má do jisté míry vliv, ale není podmínkou, že pokud někdo z rodiny trpí nebo trpěl depresí, bude jí trpět i daná příbuzná osoba. Praško a kol.³³ zmiňuje: „*Studie jednovaječných dvojčat ukázaly, že pokud jedno z dvojčat trpí depresí, je až 70% pravděpodobnost, že i druhé dvojče onemocní. Pokud máte sestru, bratra, otce nebo matku, kteří trpí depresivní poruchou, máte rovněž zvýšené riziko – 15 % příbuzných prvního stupně onemocní depresí také. Ovšem deprese se objevuje i u lidí, v jejichž rodinné historii nikdy podobné potíže nebyly. Pravděpodobně zde hrají roli další faktory, zejména stresující zážitky a prostředí, které spouštějí začátek nemoci.*“

Löffler a kol.³⁴ uvádí, že: „*Role genů by neměla být přeceňována: Pokud je jednovaječné dvojče depresivní, onemocní druhé jen v polovině případů – podle toho, jak silně tohoto jedince ovlivnily faktory okolí.*“ Cantopher³⁵ zase tvrdí, že u jednovaječných dvojčat je toto riziko až 60 %. Zde se autoři přesně neshodují v procentuálním vyjádření, avšak všichni poukazují na to, že genetický faktor není jediný faktor.

Češková³⁶ říká, že: „*Příbuzní prvního stupně mají 2–3× vyšší riziko deprese.*“ Dále již nezmiňuje, zda existuje souvislost mezi genetikou a jinými faktory, zatímco Nedley³⁷ ve své

³³ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2008. str. 60.

³⁴ LÖFFLER, Constanze, Beate WAGNER a Manfred WOLFERSDORF. *Muži nepláčou?: deprese u mužů - jak ji rozpoznat a léčit*. 2014. str. 99.

³⁵ CANTOPHER, Tim. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. c2012. str. 52.

³⁶ ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. 2013. str.25.

³⁷ NEDLEY, Neil. *Život bez deprese*. 2007. str. 57.

knize zdůrazňuje, že genetické faktory samy o sobě nejsou zodpovědné za vznik deprese. Při způsobení deprese hraje roli spousta genů, ale mnoho záleží i na životním stylu a dalších faktorech. Tímto výrokem se shoduje s Praškem a kol.

4.2 Narušený životní styl

Někdy se depresivní onemocnění může projevit i po dlouhodobějším špatném životním stylu, jako je například nedostatek spánku, nadmíra alkoholu, nadmíra večerního života, nezdravá strava, nedostatek pohybu, nedostatek příjemných aktivit, při kterých se lze odreagovat atd. Křivohlavý³⁸ uvádí jako důvod pro narušený životní styl i přepracování a vyčerpání nadměrnou prací.

Praško a kol.³⁹ poukazuje na závislost na drogách, která může také vést k depresi. S tím poté může souviset i již zmiňovaná nadmíra večerního života, konzumace alkoholu a nedostatek spánku.

4.3 Psychologické faktory

Každý člověk je originální, což znamená, že někteří lidé mohou být více citliví, empatičtí, pesimističtí nebo celkově více neurotičtí. Některé typy osobností mají větší předpoklad k propuknutí deprese. Praško a kol.⁴⁰ uvádí, že lidé s nedostatečným sebevědomím, kteří jsou pesimističtí, závislí na pochvale a odměně okolí, jsou více náchylní k depresi.

4.4 Deprese jako následek tělesného onemocnění a užívání léků

Někdy se může deprese objevit jako nežádoucí účinek léků, které léčí tělesné onemocnění, nebo přímo jako následek nemoci. Löffler a kol.⁴¹ uvádí, že: *„Deprese mohou být následkem některých tělesných onemocnění – například nemocí jater, ledvin, slinivky břišní, štítné žlázy, srdce, plic i určitých infekcí. A také existují léky s vedlejšími účinky – látky, které mohou depresi vyvolat nebo zesílit. Například tablety proti onemocnění srdce a onemocnění krevního oběhu změni koncentrace neurotransmiterů a mohou tím také narušit látkovou výměnu*

³⁸ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 2013.str. 29.

³⁹ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2008. str. 66.

⁴⁰ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. str. 61.

⁴¹ LÖFFLER, Constanze, Beate WAGNER a Manfred WOLFERSDORF. *Muži nepláčou?: deprese u mužů - jak ji rozpoznat a léčit*. 2014. str. 77-78.

v mozku. Rovněž léky snižující krevní tlak, některá antibiotika a celá řada dalších medikamentů mohou způsobit depresi.“

Tuto informaci potvrzuje již kniha z roku 1998, kde Meier⁴² píše, že se před mnoha lety k léčení hypertenze (vysokého krevního tlaku) používaly léky, které obsahovaly látku zvanou reserpin, a mnoho lidí se při užívání těchto léků dostalo do deprese. Laboratorní experimenty potvrdily, že užívání léků s látkou zvanou reserpin negativně ovlivňuje i zvířata, která poté také vykazovala symptomy deprese.

Nedley⁴³ tvrdí, že jakékoliv zdravotní problémy narušují psychické zdraví a podporují depresivní stavy. Některé nemoci však z pohledu rozvinutí deprese představují mimořádně vysoké riziko. Například mozková mrtvice, nemoci srdce, rakovina, AIDS, Parkinsonova nemoc, cukrovka nebo onemocnění štítné žlázy. Říká, že i léky mohou způsobovat deprese, a to především léky na srdce a krevní tlak, hormonální léky, léky používané k léčbě psychického zdraví, protizánětlivé léky, protiinfekční léky nebo léky používané při léčbě střevních problémů. Je paradox, že léky používané proti úzkosti mohou způsobit depresivní potíže.

4.5 Zátěžové životní události

Podle Praška a kol.⁴⁴ jsou zátěžové životní události často spouštěči deprese. Jedná se o události, které vedou ke ztrátě, změně role, ztrátě důležité role, ztrátě autonomie, přirozené aktivity, důležitosti atd. Například zármutek po ztrátě blízké osoby, který trvá příliš dlouho a začne omezovat člověka v každodenním životě. Dále neshody nebo problémy ve vztazích či neúspěšné přizpůsobení se vývojovým změnám nebo důležitým životním událostem, jako je svatba, rozvod, narození dítěte, přechod do důchodu atd. Deprese může být i následkem nedostatku vztahů a dlouhodobé izolace.

Löffler a kol.⁴⁵ přidává k negativním životním událostem i traumata z dětství, jako je zneužívání nebo ztráta jednoho z rodičů, například po rozvodu. Pokud postižený zažije v pozdějším věku zatěžující životní událost, jako je ztráta zaměstnání, odloučení

⁴² MEIER, Paul D a Frank B MINIRTH. *Od deprese ke štěstí?: příznaky, příčiny a léčení deprese*. 1998. str.86.

⁴³ NEDLEY, Neil. *Život bez deprese*. 2007. str. 80-87.

⁴⁴ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2008. str. 62-63.

⁴⁵ LÖFFLER, Constanze, Beate WAGNER a Manfred WOLFERSDORF. *Muži nepláčou?: deprese u mužů - jak ji rozpoznat a léčit*. 2014. str. 99.

od milovaného člověka nebo těžké tělesné onemocnění, je větší pravděpodobnost propuknutí deprese.

Češková⁴⁶ potvrzuje, že: „*Životní události a traumata prožitá v dětství mohou ovlivnit biologické systémy. Životní události zvyšují riziko rozvoje deprese u geneticky predisponovaných jedinců.*“

4.5.1 Stres

Negativní životní události mohou vyvolávat stres a ten pak také může být příčinou deprese. Podle Hermana⁴⁷ jsou nejintenzivnějším zdrojem stresu traumatické události, které jsou mimořádné a přesahují běžnou lidskou zkušenost. Jde například o přírodní katastrofy (zemětřesení, záplavy), katastrofy způsobené člověkem (vátky, jaderné nehody), katastrofické nehody (automobilové havárie, letecká neštěstí) a fyzické útoky (znásilnění, pokus o vraždu). Další události, které mohou vyvolat stres, jsou závažné změny v životě jednotlivce, například stěhování, změna zaměstnání, svatba, ztráta blízké osoby, vážná nemoc. Jako stresory mohou prožívat lidé i každodenní nepříjemnosti, například ztrátu peněženky, dopravní zácpu, spor s nadřizným.

Za stresové považují i některá povolání, jako jsou pomáhající profese či velmi zodpovědné profese. Podnikání může být také stresové, zvláště v situacích, kdy se jedinci nedaří a riskuje, že přijde o všechno. Mnohdy je tím zasažena celá rodina, čímž je na daného jedince vyvíjen ještě větší tlak a pociťuje stres. Pedagogické pracovníky také považují za rizikovou skupinu, co se stresu týče, jelikož jsou na ně kladeny vysoké nároky, mají mnoho zodpovědnosti a jsou v každodenním kontaktu s žáky, se kterými nemusí mít vždy kladné vztahy.

Beck⁴⁸ uvádí, že: „*Spouštěcí faktor však není vždycky určitou jednotlivou událostí: také plíživé působící stresy, jako je postupné ubývání náklonnosti ze strany manželského partnera, nebo chronický rozpor mezi vlastními ambicemi a dosaženými výsledky, mohou postupně erodovat osobní doménu natolik, až se vytvoří podmínky pro rozvoj deprese.*“

⁴⁶ ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘÍKRYL. *Praktická psychiatrie*. 2013. str.25

⁴⁷ HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. c2008. str 9.

⁴⁸ BECK, Aaron T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. 2005. str. 85.

4.6 Biologické faktory

Praško a kol.⁴⁹ vysvětluje, že hlavní roli při depresi hrají tři chemické látky: serotonin, noradrenalin a dopamin. Deprese je spojena s nedostatkem těchto látek na nervových zakončeních (synapsích) v mozku. Tato biochemická porucha je přítomna u všech typů deprese, ať je nalezen spouštěč, nebo ne. Může tedy vzniknout bez větší zevní příčiny, zvláště u lidí, kteří mají výskyt deprese u příbuzenstva nebo kteří trpěli depresí v minulosti, případně může navazovat na zátěžové stresové situace. Není však jisté, zda je přímo příčinou deprese, nebo její součástí, či důsledkem.

O těchto třech látkách píše i Löffler a kol.⁵⁰: „*Muži, kteří onemocní depresí, mají k dispozici příliš málo serotoninu. Tento neurotransmitter ovlivňuje náladu a působí mimoto na různé oblasti mozku, které jsou zodpovědné za spánek, chuť k jídlu a libido. Všichni depresivní lidé proto trpí podobnými tělesnými symptomy: vypovídají o poruchách spánku, mají méně chuti k jídlu a na sex. Ale depresivní lidé nemají jen nedostatek serotoninu: chybí jim také stresový hormon noradrenalin a hormon štěstí dopamin.*“

Cantopher⁵¹ také uvádí, že: „*Při klinické depresi jsou postiženy právě neurotransmitery. Jako odpověď na stres nebo jakékoliv jiné spouštěče v synapsích limbického systému klesá hladina těchto látek (a pravděpodobně se také snižuje citlivost nervů vůči těmto látkám).*“

4.7 Další faktory

Další příčiny mohou být spojené s neovlivnitelnými faktory, jako je věk, pohlaví, etnické rozdíly či výskyt deprese v období puberty. U žen se může objevit poporodní deprese nebo měsíční depresivní stav, tzv. premenstruační syndrom.⁵²

⁴⁹ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2008. str. 66-67.

⁵⁰ LÖFFLER, Constanze, Beate WAGNER a Manfred WOLFERSDORF. *Muži nepláčou?: deprese u mužů - jak ji rozpoznat a léčit*. 2014. str. 98.

⁵¹ CANTOPHER, Tim. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. c2012. str. 14.

⁵² NEDLEY, Neil. *Život bez deprese*. 2007. str. 57-84.

4.7.1 Stáří a deprese

Meier⁵³ vidí souvislost mezi stářím a depresí takto: „*Na starších lidech většinou vidíme posílení základních rysů osobnosti. Takže člověk, který byl nějakým způsobem v depresích po celý život, může očekávat, že s přibývajícím věkem tyto deprese zesílí.*“

Löffler a kol.⁵⁴ uvádí, že: „*Smutkem ve stáří jsou zvláště ohrožení ti muži, kteří již v mladších letech bojovali s výraznou melancholií, s úzkostmi nebo s depresivními epizodami. U nich by se symptomy mohly znovu projevit někdy po šedesátce.*“

4.7.2 Pohlaví a deprese

V mnoha knihách se lze dočíst, že deprese je častější u žen než u mužů, ale Křivohlavý⁵⁵ říká, že: „*Deprese byla považována za onemocnění žen. Odhadovalo se, že žen trpících depresí je asi dvakrát více nežli mužů. Tato představa se v poslední době radikálně mění. Ukazuje se, že například dvakrát méně mužů, nežli žen navštíví lékaře či psychologa, když mají relativně stejné depresivní obtíže.*“ Je tedy nejasné, kdo trpí depresí častěji, přesto se ve většině knih objevuje informace, že deprese trpí více ženy.

⁵³ MEIER, Paul D a Frank B MINIRTH. *Od deprese ke štěstí?: příznaky, příčiny a léčení depresí*. 1998. str. 91.

⁵⁴ LÖFFLER, Constanze, Beate WAGNER a Manfred WOLFERSDORF. *Muži nepláčou?: deprese u mužů - jak ji rozpoznat a léčit*. 2014. str. 78.

⁵⁵ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 2013. str. 147

5 LÉČBA DEPRESE

Dnešní nejčastější způsoby léčby jsou psychoterapie a farmakoterapie. Nejlepší je, pokud pacient kombinuje oba způsoby. Farmakoterapie je nutná hlavně při střední až těžké depresi. To potvrzuje i Češková⁵⁶, která říká, že u mírné až středně závažné deprese je psychoterapie první volbou, která je stejně účinná jako farmakoterapie. U těžké nebo chronické deprese je nutná kombinace farmakoterapie a psychoterapie.

5.1 Antidepressiva

Antidepressiva jsou nejčastější farmakoterapeutickou formou léčení deprese. Trh nabízí mnoho druhů a často mohou mít vedlejší účinky, protože na každého jedince působí jinak. Cantopher⁵⁷ vysvětluje, že antidepressiva vrací hladinu neurotransmiterů do normálu, jelikož v depresi má člověk tuto hladinu sniženou. Upozorňuje na možnost, kdy pacient bude muset vyzkoušet několik druhů antidepressiv, než najde ty, které mu vyhovují a účinkují na něj. Je nezbytné léky užívat i poté, co se nemocný začne cítit dobře, protože limbický systém nebude mít dostatek času na uzdravení a potíže se pravděpodobně ihned navrátí. Antidepressiva doporučuje brát ještě alespoň šest měsíců od chvíle, kdy se dotyčný začne cítit dobře, a pokud se vysazují, tak jedinečně postupně, protože nesmí být vysazeny náhle. Mohly by se objevit abstinční příznaky. Češková⁵⁸ souhlasí s tím, že pacienti by měli pokračovat v léčbě minimálně šest měsíců po dosažení remise, avšak dodává, že pacienti s rizikovými faktory, jako jsou závažné a chronické epizody nebo vyšší věk, by měli pokračovat v léčbě dva roky až celý život.

Nedley⁵⁹ říká, že antidepressiva lze rozdělit do tří skupin. Tricyklická antidepressiva, inhibitory monoaminoxidázy (MAO) a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Toto rozdělení je založeno na jejich chemické struktuře a účinku jejich chemikálií na mozek. Löffler a kol.⁶⁰ k těmto třem rozdělením přidává ještě další: inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI), inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu (NARI) a

⁵⁶ ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. 2013. str. 45

⁵⁷ CANTOPHER, Tim. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. c2012. str. 85-86

⁵⁸ ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. 2013. str. 34

⁵⁹ NEDLEY, Neil. *Život bez deprese*. 2007. str. 144-145

⁶⁰ LÖFFLER, Constanze, Beate WAGNER a Manfred WOLFERSDORF. *Muži nepláčou?: deprese u mužů - jak ji rozpoznat a léčit*. 2014. str. 102

moderní tetracyklická antidepresiva. Vhodné léky vybírá vždy lékař podle symptomů. Na trhu je mnoho antidepresiv a je třeba najít ta vhodná a vyhovující.

Bohužel antidepresiva nemají okamžitou účinnost. Obvykle trvá několik týdnů, než začnou působit, což může být někdy demotivující, zvláště pokud se objeví nějaké vedlejší účinky a musí se nasadit jiné léky. O těchto zkušenostech napsal i americký prozaik William Styron, který ve své knize popsal své osobní zkušenosti s těžkou klinickou depresí. Byly mu nasazeny antidepresiva, z kterých byl podrážděný, navíc začal mít fyzické potíže. Popisuje, že bylo trýznivé vědět, že bude trvat deset dní, než bude moct nasadit nový lék, který začne účinkovat zase až za několik týdnů. A výsledek byl stále nejistý.⁶¹

Přesto je u těžkých depresí léčba antidepresivy nezbytnou součástí. Myslím si, že u lehčích forem je důležité, aby se člověk nespolehal pouze na léky, ale podstupoval psychoterapii, díky které mu bude umožněno uvědomit si příčinu jeho problémů, které může postupně řešit.

5.2 Psychoterapie

Existuje několik druhů terapií. Podle Becka⁶² jsou nejúčinnější kognitivní a behaviorální metody. Při kognitivním přístupu využívá metody, které pacientovi pomáhají vidět sebe sama spíše jako vítěze než poraženého a jako schopného než bezmocného. Křivohlavý ve své knize také zmiňuje kognitivní psychoterapii jako účinný druh léčby. Cituji: „*Kognitivní psychoterapie uznává obtížnost depresivních nálad a emocí, avšak věnuje prvořadou pozornost způsobům myšlení lidí v depresi. Vychází z přesvědčení, že to, jak se člověk na svět (na věci kolem sebe, na lidi, dění atp.) dívá, to jej vede ke zcela určitým emocionálním zážitkům a náladám. Vidím-li například všechny lidi kolem sebe jako nevraživé nepřátele a závistivé soupeře, vede mne to do depresivní nálady. Zároveň kognitivní psychoterapie vychází i z poznatků o tom, že to, co člověk dělá (jak se chová, jak jedná atp.), tj. jeho činnost, má vliv na to, co si myslí, a tedy i na to, co citově prožívá.*“⁶³

⁶¹ STYRON, William. *Viditelná temnota: paměti šílenství*. 2015. str. 62

⁶² BECK, Aaron T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. 2005. str. 190

⁶³ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 2013. str. 152

5.3 Přírodní terapie

Jako alternativu antidepresiv lze využít i lék třezalku tečkovanou, která je volně dostupná v lékárnách, ale i drogeriích. Prodává se ve formě tabletek nebo čajů. Jedna tableta obsahuje většinou malé množství účinné látky, a proto je lepší poradit se s lékařem o množství užívaného léku. Podle Löfflera a kol.⁶⁴ se doporučuje brát alespoň 900 miligramů denně, ačkoliv na rady lékařů se užívá dokonce dvojnásobek. Přestože je třezalka přírodním léčivem, má také vedlejší účinky. Zvyšuje citlivost na sluneční záření, může rušit účinky jiných léků a v kombinaci s ostatními antidepresivy může vyvolat nevolnost, úzkost, neklid nebo zmatenost. Věda dlouho přiznávala efekty u lehkých a středně těžkých depresí, ale dnes již existují důkazy, že třezalka dobře působí také u silných depresí.

Nedley⁶⁵ varuje před užíváním třezalky spolu s antidepresivy, jelikož to může vyvolat serotoninový syndrom, tj. nadměrné hromadění serotoninu v nervových spojeních, což může způsobit vážné tělesné a duševní poruchy, které se objeví náhle. Jako dávkování doporučuje 900 miligramů dvakrát až třikrát denně, čímž se názorově liší od Löfflera a kol.

⁶⁴ LÖFFLER, Constanze, Beate WAGNER a Manfred WOLFERSDORF. *Muži nepláčou?: deprese u mužů - jak ji rozpoznat a léčit.* 2014. str. 105

⁶⁵ NEDLEY, Neil. *Život bez deprese.* 2007. str. 139-140

6 DEPRESE A STRES U PEDAGOGŮ

Pedagogické pracovníky považují za rizikovou skupinu, jelikož mají psychicky náročné povolání a může u nich dojít k syndromu vyhoření neboli burnout syndromu. Bártová⁶⁶ uvádí, že vztah mezi depresí a burnout syndromem je velmi úzký.

6.1 Příčiny stresu u pedagogů

Stres u pedagogů může ovlivňovat několik faktorů. Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila především na vnější faktory ve škole, jako je pracovní kolektiv a vyučovaný stupeň základní školy. Tyto faktory lze do jisté míry ovlivnit. Zaměřila jsem se i na to, zda si pedagogové umí organizovat svůj volný čas a zda ho využívají ve prospěch své psychické pohody. Tento faktor je též ovlivnitelný.

Šauerová⁶⁷ uvádí hned několik příčin stresu u pedagogických pracovníků, které dělí na individuální psychické příčiny, individuální fyzické příčiny, institucionální příčiny a společenské příčiny.

Individuální psychické příčiny jsou především myšlenkové a pocitové vzorce, které si každý jedinec nese sám v sobě. Každý člověk je jiný, a to znamená, že určitý typ osobností je více náchylný ke stresu a depresi. Všichni jedinci mohou vnímat jisté situace jinak a odlišně na ně vzpomínat, což způsobuje buď negativní, nebo pozitivní myšlení. Tyto vzorce si člověk osvojil již během dětství ve své rodině, přesto je lze do určité míry díky seberozvoji ovlivnit.

Individuální fyzické příčiny již člověk ovlivňuje hůře, především s přibývajícím věkem ubývá u pedagogů energie a elánu při řešení problémových situací, ale i zvládání všedního dne. Dalšími fyzickými příčinami může být nezdravý životní styl a s tím spojená snaha odstranit působení stresových situací za pomoci nevhodných způsobů, jako je nadměrná konzumace jídla, alkoholu, užívání léků, kouření atd. Věřím, že tento faktor je při silné vůli ovlivnitelný.

Stres může způsobovat i nevhodné školní prostředí, které Šauerová⁶⁸ řadí do **institucionálních příčin**. Sem lze zařadit špatné osvětlení, vysokou hladinu hluku, špatné

⁶⁶ BÁRTOVÁ, Zdenka. *Jak zvládnout stres za katedrou*. 2011. str. 58

⁶⁷ ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. 2018. str. 34-36

vnitřní klima nebo nedostatečné prostory. Do institucionálních příčin stresu řadí i problematiku hodnocení pedagogů. Považuje za problém, pokud všichni učitelé dostávají stejný plat bez ohledu na pracovní výkon. Pokládá za důležité vytvořit zdravé konkurenční prostředí, které bude učitele motivovat. S tímto názorem se příliš neztotožňuji, jelikož si myslím, že peníze mohou vyvolávat v lidech závist a zbytečně by to mohlo mít negativní vliv na pracovní kolektiv. Já osobně pracovní kolektiv považuji za jeden z nejdůležitějších faktorů psychické pohody v zaměstnání. Stock⁶⁹ potvrzuje, že je-li náš pracovní kolektiv nepřátelský, odměřený, chybí v něm kolegalita, převládá závist a necítíme se v něm dobře, můžeme to pociťovat jako zdroj ohrožení a může to v nás vyvolat stresovou reakci.

Dalším důvodem stresu, který uvádí Šauerová⁷⁰, je kvalita přípravy na učitelské povolání a oblast dalšího vzdělávání učitelů. Budoucí učitel není připraven na řešení krizových situací, nemá dostatek informací k práci se žáky se specifickými potřebami, mnohdy nemá potřebné komunikační kompetence, které by přizpůsobil různým cílovým skupinám, jako jsou žáci, rodiče, kolegové, vedení a odborníci. S tímto názorem souhlasím a myslím si, že je důležité pedagogy v tomto směru vzdělávat, jelikož inkluze tento problém ještě prohlubuje, a pokud nejsou učitelé připraveni na krizové situace s problémovými žáky, může to u nich vyvolávat stres a pocity zbytečnosti učitelského povolání.

Šauerová⁷¹ uvádí, že: „Nevýhodou může být i současné věkové složení učitelů na základních školách – průměrný věk se pohybuje kolem 48 let a věkový rozdíl mezi pedagogy a dětmi a mládeží se stále zvětšuje.“

Dle Šauerové⁷² mohou stres způsobovat ještě **společenské příčiny**. „Výrazným vlivem jsou zejména změny ve vývoji rodiny, její časté rozpady, což ovlivňuje kvalitu psychického zdraví žáků. Rodina již nepředstavuje místo, které vždy poskytuje emocionální jistotu, dovednost rodičů vychovávat děti slábnou, klesají sociální interakce uvnitř rodiny, rodiče stále častěji přesouvají zodpovědnost za výchovu a vzdělávání dítěte na různé instituce (škola, různé volnočasové organizace).“ Mnoho rodičů se na pedagogy zlobí a dávají jim vinu za cokoli, ale je třeba si uvědomit, že hlavní roli při výchově by stále měla plnit rodina, která je

⁶⁸ ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. 2018. str. 34-36

⁶⁹ STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 2010. str. 37

⁷⁰ ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. 2018. str. 36

⁷¹ ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. 2018. str. 36

⁷² ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. 2018. str. 34-37

nezastupitelná. Již není ojedinělé, že veřejnost hodnotí učitelské povolání záporně a přehlíží skutečnost, že není v kompetenci učitele vychovávat všechny žáky ve třídě.

Kyriacou⁷³ považuje za hlavní příčiny stresu například časový tlak, konflikty s kolegy, časté změny vzdělávacích projektů a organizace školy, nebo i pocit, že společnost nedoceňuje práci učitele, což úzce souvisí s přesouváním zodpovědnosti za výchovu a vzdělávání dítěte právě na pedagogy.

⁷³ KYRIACOU, Chris. *Klíčové dovednosti učitele: cesty k lepšímu vyučování*. 2004. str. 152

7 PREVENCE DEPRESE

Udržovat si své duševní zdraví je stejně důležité jako pečovat o své fyzické zdraví. V případě prevence deprese je především důležité umět zvládat stres, protože stres může být jedním ze spouštěčů depresivních poruch. Existuje mnoho aktivit, které přispívají k psychické pohodě, a každému může vyhovovat něco jiného. Obecně je doporučována například pravidelná fyzická aktivita a omezení alkoholu. Je dobré se vyhnout potenciálním spouštěčům deprese, které popisují v kapitole čtvrté, ale samozřejmě ne vždy je to možné a účinné.

Považuji za důležité umět si organizovat čas a každý den se alespoň na chvíli věnovat nějakým příjemným aktivitám. Pro každého může být příjemná aktivita něco jiného. Řadím sem například fyzický pohyb ve formě cvičení, dlouhých procházek, věnování se různým sportům, jízdě na koni, péče o zahrádku apod. Poté kreativní práce, jako je malování, vyšívání, pletení nebo vyrábění různých produktů. Poslední dobou jsou oblíbené i antistresové omalovánky pro dospělé. Neméně důležitá je i relaxace například ve formě jógy, meditace, četbě knih, poslechu hudby atd. Pro mnohé je uklidňující i kontakt se zvířaty. Ať už má člověk jakékoliv zájmy, je důležité si na tyto aktivity najít ve svém životě čas a vykonávat je pravidelně.

Praško a kol.⁷⁴ dělí typické příjemné aktivity do tří skupin: příjemné mezilidské interakce, prožitky kompetence a reakce nesourodé s depresí. Do příjemných mezilidských interakcí řadí přátelskou otevřenou konverzaci, vyjadřování pozitivních citů a dávání a přijímání komplimentů. Do prožitků kompetence řadí uvědomění si, že něco umíme, dovedeme, něco jsme dobře udělali atd. Pod pojmem reakce nesourodé s depresí si představuje aktivity, které jsou opakem prožitků deprese a smutku, jako je smích, uvolnění, klid, dobrý spánek, relaxace, sexuální vzrušení nebo například tanec.

Šauerová⁷⁵ považuje za důležité faktory pro zachování nadhledu nad každodenními povinnostmi kupříkladu objektivní pocit smysluplnosti vlastního života, soustavné předcházení stresu, dostatečný odpočinek, relaxaci a pohyb. Do péče o vlastní tělesné a duševní zdraví řadí dostatek spánku, zdravou výživu, pohyb, smysl pro humor, umění radovat se z maličkostí, znalost hranic svých možností, vyřazení pracovních problémů z běžného

⁷⁴ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2008. str. 160.

⁷⁵ ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. 2018. str. 58.

života, umění relaxovat, rozvíjení zdravé sebereflexe, ale i koníčky, záliby, relaxační techniky, pěstování dobrých mezilidských vztahů v rodině i mimo ni a celoživotní vzdělávání.

8 VÝZKUMNÁ ČÁST

V praktické části bakalářské práce jsem pomocí kvantitativní metody zjišťovala míru výskytu depresivních obtíží u pedagogů na základních školách. Jako výzkumný nástroj jsem použila standardizovaný dotazník Beckovy posuzovací škály deprese, který jsem doplnila o šest vlastních otázek. K realizaci tohoto výzkumu mě inspirovalo rozšíření psychických problémů u pedagogů, o kterém se píše v médiích a které se objevuje v rámci diskuzí na sociálních sítích pod články o zvýšení platu učitelům.

8.1 Beckova posuzovací škála deprese

Beckova posuzovací škála deprese je standardizovaný dotazník, který dokáže určit míru výskytu deprese u respondentů. Obsahuje dvacet jedna otázek a respondent musí vybrat vždy pouze jednu odpověď, která ho nejlépe v daný den vyplňování vystihuje nebo která je mu nejbližší. Na výběr má vždy ze čtyř odpovědí. Za každou odpověď je určitý počet bodů, který se na konci sečte. Dle konečného počtu bodů lze zjistit, zda respondent trpí mírnou, středně těžkou, těžkou nebo žádnou depresí. Použila jsem Beckovu posuzovací škálu deprese z knihy od Praška a kol.⁷⁶ Dotazník lze najít v příloze této práce. Pro nejefektivnější výsledky je třeba dotazník vyplnit každý týden, protože tím respondent nejlépe vidí změny nálad a pocitů, případně může vyzorovat, kdy se výsledky zhoršují a kdy zlepšují. Bohužel ve své bakalářské práci jsem neměla tolik prostoru a možností, abych mohla dotazník rozesílat každý týden. Jelikož vyplnění dotazníku bylo anonymní a dobrovolné, nešlo zaručit, aby se mi každý týden vrátily odpovědi od stejných respondentů.

8.2 Cíle výzkumu

Na začátku práce jsem si stanovila hlavní cíl výzkumu a dílčí cíle. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda se u pedagogů základních škol v ČR objevují depresivní obtíže a pokud ano, tak v jaké míře. Dílčím cílem výzkumu bylo pokusit se odpovědět na to, zda by mohly depresivní potíže u respondentů souviset s věkem, pohlavím, pracovním kolektivem, stresem v zaměstnání, vyučovaným stupněm základní školy a tím, zda pedagogové pravidelně

⁷⁶ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2008. str. 74-75.

využívají svůj volný čas pro své záliby, při kterých se umí odreagovat. Souvislost mezi mírou výskytu deprese a dalšími znaky je pouze teoretická, jelikož z dotazníku nelze zjistit opravdové příčiny. K tomuto výzkumu mi pomohly vlastní zkonstruované otázky v první části dotazníku.

8.3 Stanovení hypotéz

H1: Učitelé muži vykazují nižší výskyt depresivních obtíží než učitelé ženy.

H2: Míra výskytu depresivních obtíží u pedagogů na 1. stupni základní školy je nižší než u pedagogů na 2. stupni základní školy.

H3: Pedagogové do 35 let vykazují vyšší výskyt depresivních obtíží než pedagogové starší 35 let.

H4: Pedagogové, kteří pociťují v zaměstnání stres, trpí více depresivními poruchami než pedagogové, kteří v zaměstnání stres nepociťují.

H5: Čím více jsou pedagogové spokojeni se svým pracovním kolektivem, tím méně vykazují depresivní obtíže.

H6: Učitelé, kteří se věnují ve volném čase pravidelně nějakým příjemným aktivitám, trpí depresivními obtížemi méně než učitelé, kteří se věnují příjemným aktivitám nepravidelně.

8.4 Výzkumné metody

Pro zjištění informací jsem použila kvantitativní výzkum. Výzkumným nástrojem byl již zmiňovaný dotazník, který se skládal ze dvou částí. První část obsahovala šest otázek, z nichž pět bylo uzavřených a jedna otevřená (věk). Dvě uzavřené otázky byly dichotomické, dvě byly trichotomické a jedna otázka byla výběrová. Tyto otázky jsem vytvořila sama, za účelem získání důležitých dat o respondentech, se kterými jsem dále pracovala. Druhou část dotazníku tvořila již zmíněná Beckova posuzovací škála deprese, která obsahovala dvacet jedna výběrových otázek. Respondent mohl vybrat vždy pouze jednu odpověď ze čtyř uvedených. Vybíral tu, se kterou se v den vyplňování nejvíce ztotožňoval.

Dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný, s čímž byli respondenti obeznámeni v úvodní části dotazníku i v textu, který jsem zaslala v emailu. Dotazník jsem zkonstruovala v elektronické podobě na webových stránkách www.surveymonkey.com.

8.5 Výzkumný vzorek

Zkonstruovaný dotazník jsem rozesílala emailem v době od 3. 12. 2018 do 24. 1. 2019. Mou cílovou skupinou byli pedagogové základních škol. Kontakt na respondenty jsem našla vždy na webových stránkách dané školy, kde byl uveden jejich školní email. Snažila jsem se kontaktovat pedagogy z různých částí České republiky, aby nebyly odpovědi pouze z jednoho kraje. Na dotazník mi odpovědělo 202 respondentů. Z toho 162 žen a 40 mužů. Mužů bylo znatelně méně, jelikož v českém školství na základních školách převažují především ženy, čehož jsem si všimla již při rozesílání dotazníků. Jednoho respondenta jsem musela vyřadit, jelikož mi neodpověděl na svůj věk, tudíž mi chyběla potřebná data. Celkově jsem tedy pracovala s 201 respondenty. Věkový průměr respondentů byl 42 let. Nejmladší respondent měl 24 let a nejstarší respondent 65 let.

8.6 Realizace výzkumu

Zkonstruovaný dotazník jsem rozeslala každému pedagogovi z mnou vybraných základních škol elektronickou poštou. Školy jsem vybírala nahodile. Nakonec jsem oslovila 38 základních škol. Dotazník jsem rozeslala všem pedagogům, na které byl na webové stránce školy uveden kontakt ve formě školního emailu. Každého pedagoga jsem obeznámila s tím, k čemu dotazník slouží, a poprosila o jeho vyplnění. Zmínila jsem, že dotazník je zcela anonymní, abych zvýšila pravděpodobnost návratnosti odpovědí. Oslovila jsem školy z těchto míst: Přelouč, Náklo, Karlovy Vary, Poděbrady, Rychnov nad Kněžnou, Náchod, Brno, Česká Lípa, Ústí nad Labem, Vysoké Mýto, Litomyšl, Most, Polička, Častolovice, Praha, Ostrava, Jičín, Český Krumlov, Domažlice, Plzeň a Frýdek Místek. Místa jsem vybírala také nahodile.

Z počátku jsem se obávala, že návratnost odpovědí bude nízká, protože se jedná o citlivé téma a pedagogové bývají už i tak časově vytíženi. Chtěla jsem nejprve zkusit méně nákladnou formu rozeslání dotazníků, a tím je právě již zmiňovaná elektronická forma. Kdyby byla návratnost nízká, rozdala bych dotazníky osobně v papírové formě. Na dotazník mi nakonec

odpovědělo 202 respondentů, a to pouze elektronickou formou, takže jsem usoudila, že papírová forma není již potřeba.

Při rozesílání dotazníků jsem se setkala s několika problémy. Jeden pedagog mi odepsal, že se na ně nároky opravdu zvyšují, a proto mi dotazník nevyplní, aby ušetřil čas a zachoval si své duševní zdraví. Další tři učitelé mi odpověděli, že jim nešel odkaz otevřít nebo že měli jiné technické potíže. S dalšími většími problémy jsem se nesečkala. Někteří pedagogové mi dokonce odepsali, že je téma zaujalo, rádi mi dotazník vyplní a že mi přejí mnoho studijních úspěchů. Tato vstřícnost mě potěšila. Ostatní učitelé vyplnili dotazník bez reakce. Dohromady jsem oslovila 38 základních škol.

Odpovědi získané z dotazníku jsem vyhodnotila v aplikaci Microsoft Office Excel. S pomocí této aplikace jsem vyhodnocovala veškeré statistické údaje. Pro lepší přehlednost jsem výsledky vložila do grafů.

8.7 Výsledky dotazníkového šetření a jejich interpretace

Na dotazník odpovědělo 202 respondentů. Jeden respondent musel být vyřazen z důvodu neplatné odpovědi u dotazu na věk. Všechny odpovědi jsem vyhodnotila dle pravidel Beckovy posuzovací škály deprese. To znamená, že u každého respondenta jsem sečetla body dle jeho odpovědí u všech 21 otázek a podle počtu bodů jsem došla k výsledku. Vyšlo mi, že z 201 respondentů jich 161 netrpí žádnými depresivními obtížemi, mírnou depresí trpí 33 respondentů a středně těžkou depresí 7 respondentů. Těžkou depresí nevykazoval žádný z respondentů. Výsledek jsem pro lepší přehlednost vložila do tabulky a grafu.

Tabulka č. 1: Výskyt deprese u pedagogů na ZŠ.

Výsledek	Počet	Procenta
Žádná deprese	161	80,1 %
Mírná deprese	33	16,4 %
Středně těžká deprese	7	3,5 %
Těžká deprese	0	0 %

Graf č. 1: Výskyt deprese u pedagogů na ZŠ



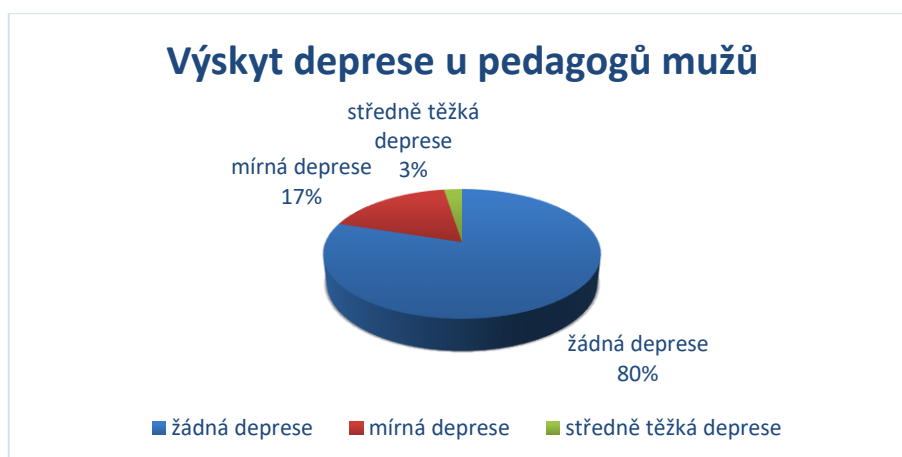
Výsledky: 80 % z dotazovaných pedagogů netrpí žádnou depresí, 16 % pedagogů vykazuje mírné depresivní obtíže a 4 % pedagogů mají středně těžkou depresi. Očekávala jsem, že se u nějakého respondenta setkám i s těžkou depresí. Je třeba však brát v úvahu skutečnost, že člověk, který trpí těžkou depresí, není většinou schopen běžných každodenních aktivit, a proto lze předpokládat, že by neměl dostatek sil ani na vyplnění dotazníku. To je bohužel nevýhoda dotazníkového šetření, vyplnění je vždy dobrovolné a nelze dopředu říci, kdo se rozhodne dotazník vyplnit. Přesto jsem zjistila, že pedagogové nějaké depresivní obtíže vykazují. Dva pedagogové, kteří vykazovali středně těžkou depresi, se blížili k hodnotám těžké deprese, což je již varující a jistě by zde byla na místě psychoterapie, případně pak farmakoterapie. Respondentům, kteří dle výsledků mají mírnou depresi, bych doporučila alespoň psychoterapii.

Otázka č. 1: Pohlaví respondentů

V mém výzkumu odpovědělo 161 žen a 40 mužů. Od začátku jsem očekávala, že odpovědi od mužů bude méně, jelikož již při rozesílání dotazníků bylo patrné, že ve školství v ČR na základních školách převažují ženy, a to především na prvních stupních základních škol.

Pedagogů mužů mi odpovědělo 40. Z toho 7 dle odpovědí vykazovalo mírné depresivní obtíže a 1 vykazoval středně těžké depresivní obtíže. Výsledky jsou znázorněny v grafu.

Graf č. 2: Výskyt deprese u pedagogů mužů



Pedagogů žen mi odpovědělo 161. Výsledky ukázaly, že z toho 129 žen nevykazuje žádné deprese, 26 žen trpí mírnou depresí a 6 žen pociťuje středně těžkou depresi.

Graf č. 3: Výskyt deprese u pedagogů žen



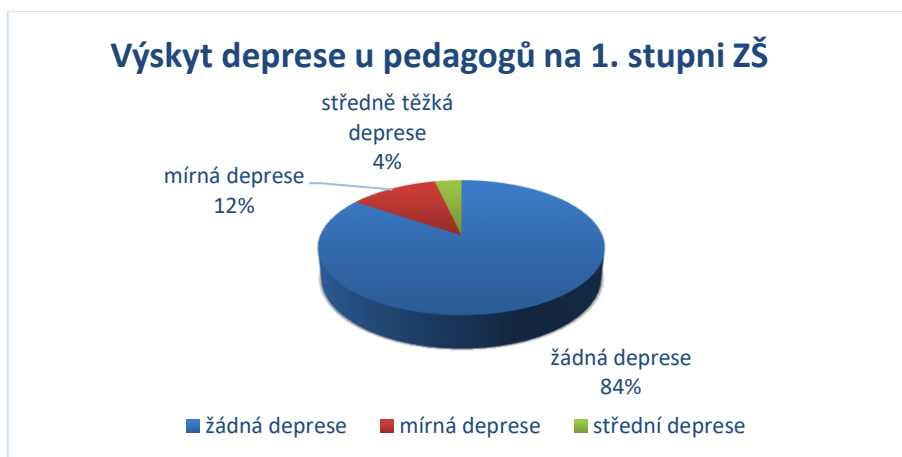
Výsledek: V obou případech 80 % pedagogů nevykazuje žádné depresivní obtíže. 17 % dotazovaných pedagogů mužů má mírné deprese a 3 % středně těžké deprese. 16 % pedagogů žen vykazuje mírné deprese a 4 % středně těžké.

Otázka č. 2: Vyučovaný stupeň základní školy

Otázka zněla, zda dotazovaní vyučují primárně na prvním, nebo druhém stupni ZŠ. Jednalo se o dichotomickou uzavřenou otázku. Z výsledků jsem zjistila, že 84 respondentů vyučuje primárně na 1. stupni základní školy a zbytek, tedy 117 respondentů, vyučuje na 2. stupni základní školy.

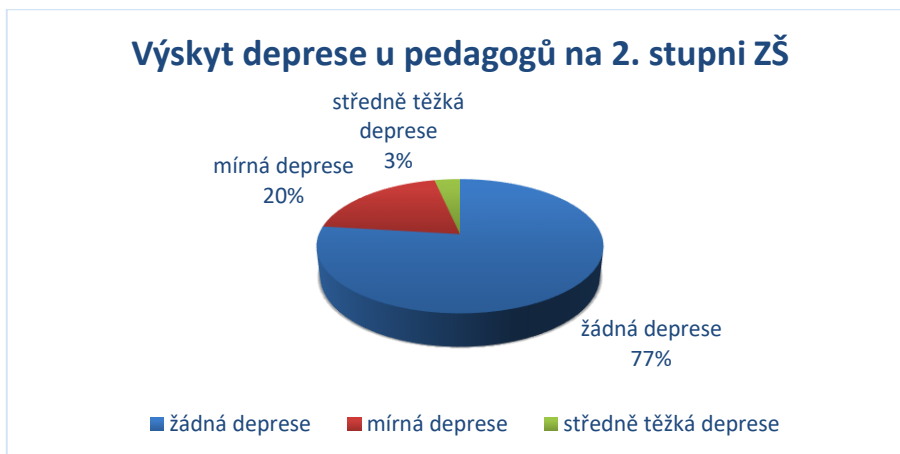
Na 1. stupni základní školy vykazuje 10 respondentů mírnou depresi, 3 respondenti středně těžkou depresi a 71 respondentů žádnou depresi nevykazuje. V grafu se nachází přehled a procentuální vyjádření.

Graf č. 4: Výskyt deprese u pedagogů na 1. stupni ZŠ



Na 2. stupni základní školy nemá 90 respondentů žádné depresivní obtíže, 23 má mírné depresivní obtíže a 4 středně těžké depresivní obtíže.

Graf č. 5: Výskyt deprese u pedagogů na 2. stupni ZŠ



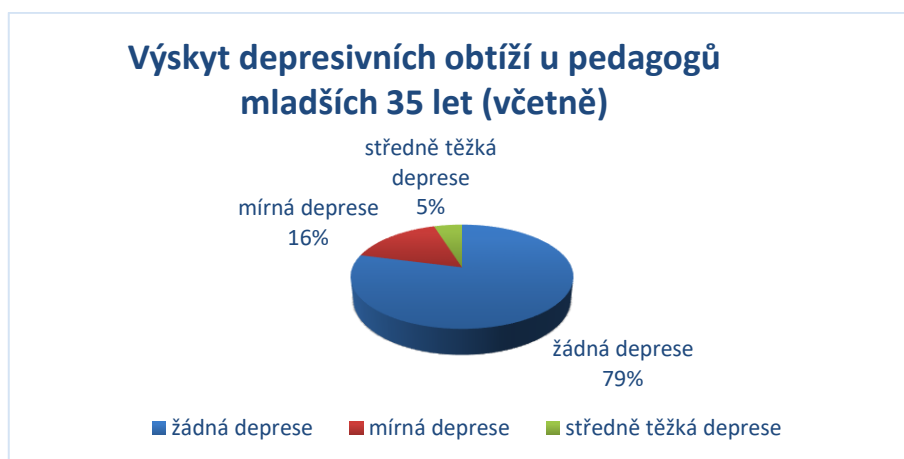
Výsledek: Na 1. stupni ZŠ má 12 % pedagogů mírnou depresi, 4 % středně těžkou depresi a 84 % netrpí žádnými depresivními potížemi. Na 2. stupni má 20 % pedagogů mírnou, 3 % středně těžkou a 77 % žádnou depresi.

Otázka č. 3: Věk respondentů

Otázka na věk byla otevřená, přesto jsem si respondenty rozdělila do dvou skupin. Na respondenty mladší 35 let (včetně) a starší 35 let. Respondentů do 35 let bylo 62 a nad 35 let 139. Průměrný věk respondentů byl 42 let.

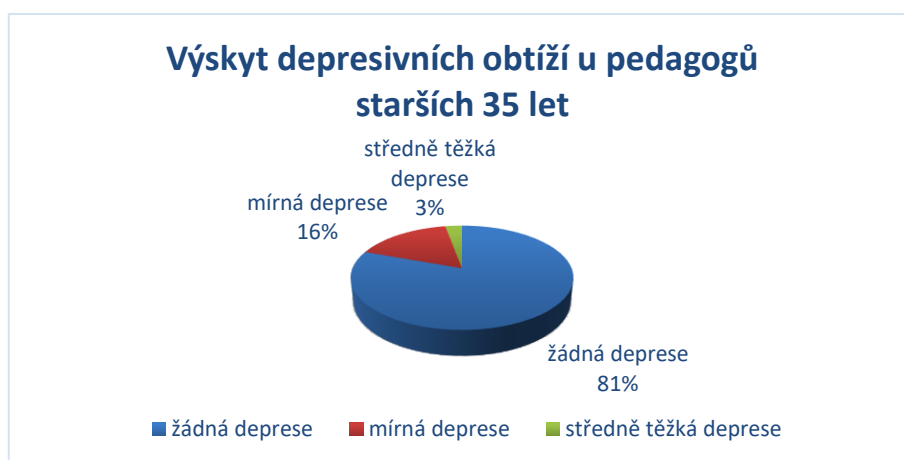
Nejprve jsem hodnotila míru výskytu deprese u pedagogů mladších 35 let. Došla jsem k výsledku, který poukazuje na to, že z 62 pedagogů jich nemá žádné depresivní potíže 49. Mírné depresivní potíže jich má 10 a středně těžké depresivní potíže mají 3 pedagogové. Viz graf.

Graf č. 6: Výskyt depresivních obtíží u pedagogů mladších 35 let (včetně)



Pedagogů starších 35 let mi odpovědělo 139. Z toho 112 nepocítuje žádnou depresi, 23 pedagogů pocítuje mírnou depresi a středně těžkou depresi vykazují 4 respondenti.

Graf č. 7: Výskyt depresivních obtíží u pedagogů starších 35 let



Výsledek: Žádné deprese nemá 79 % pedagogů mladších 35 let a 81 % pedagogů starších 35 let. Obě skupiny vykazují 16 % mírné deprese. Pedagogové mladší 35 let vykazují 5 % středně těžké deprese a pedagogové starší 35 let vykazují 3 % středně těžké deprese.

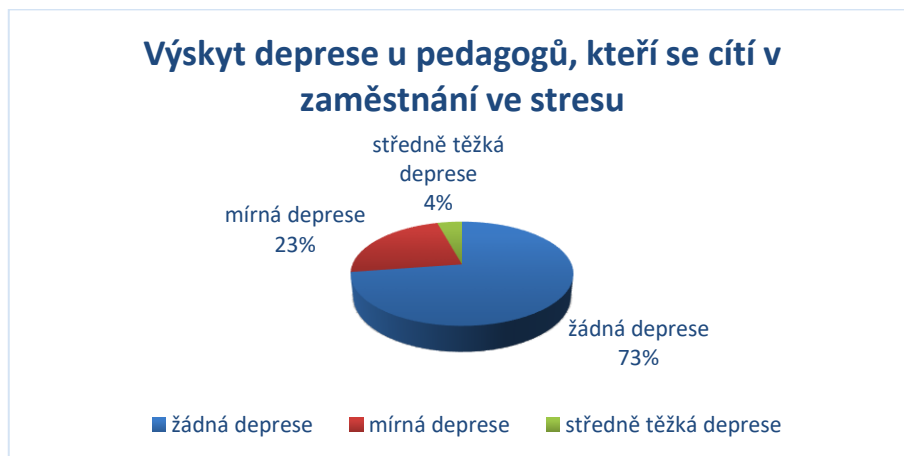
Otázka č.4: Cítíte se často ve svém zaměstnání ve stresu?

Stres je jedním z faktorů, které mohou být spouštěčem deprese. Stres můžeme pociťovat v různých sférách života, ale v tomto výzkumu jsem se zaměřila na stres v zaměstnání. Stres u pedagogických pracovníků ve školním prostředí mohou způsobit různé příčiny, viz kapitola 6. Každý člověk stres vnímá individuálně, proto jsem chtěla zjistit, zda by mohla existovat souvislost mezi výskytem depresivních obtíží a stresem v zaměstnání.

Otázka zněla, zda se respondenti ve svém zaměstnání cítí často ve stresu. Výsledky ukázaly, že se 117 respondentů často v zaměstnání ve stresu cítí, pouhých 72 ne a 12 neví. Výsledky jsem porovнала s četností výskytu depresivních obtíží.

Ze 117 učitelů, kteří se ve svém zaměstnání cítí ve stresu, jich 27 vykazuje mírné deprese a 5 středně těžké deprese. 85 z nich nevykazuje depresivní obtíže žádné.

Graf č. 8: Výskyt deprese u pedagogů, kteří se cítí v zaměstnání ve stresu



Ze 72 učitelů, kteří se ve svém zaměstnání ve stresu necítí, jich 6 vykazuje mírné depresivní obtíže, 2 středně těžké depresivní obtíže a 64 žádné obtíže.

Graf č. 9: Výskyt deprese u pedagogů, kteří se necítí v zaměstnání ve stresu



Výsledek: Pedagogové, kteří se v zaměstnání často ve stresu necítí, vykazují pouze 8 % mírných depresivních obtíží a pedagogové, kteří se ve svém zaměstnání často ve stresu cítí, vykazují až 23 % mírných depresivních obtíží. Ti, kteří na otázku odpověděli, že neví, zda jsou v zaměstnání často ve stresu, dle testu neměli žádné depresivní potíže. Středně těžkou depresí trpí 3 % pedagogů, kteří nepocítují stres, a 4 % pedagogů, kteří stres pocítují. Deprese tedy nevykazuje 73 % pedagogů pocítujících stres a 89 % pedagogů nepocítujících stres.

Otázka č. 5: Jste spokojeni ve svém pracovním kolektivu?

Myslím si, že spokojenost se spolupracovníky úzce souvisí se spokojeností s vlastním zaměstnáním. Pokud se necítíme v pracovním kolektivu dobře, můžeme být ve stresu, a jak již bylo několikrát zmiňováno, stres může být jednou z příčin deprese. Má otázka v dotazníku zněla tak, zda jsou respondenti spokojeni ve svém pracovním kolektivu. Otázka byla uzavřená a respondenti mohli vybírat ze 4 odpovědí. Buď rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, anebo rozhodně ne. Odpověď rozhodně ne nebyla ani jednou zodpovězena. Z 201 respondentů jich je s pracovním kolektivem 68 rozhodně spokojeno, 125 spíše spokojeno a 8 spíše nespokojeno. Podle výsledků Beckovy posuzovací škály deprese mi vyšly tyto výsledky. Viz graf č. 10–12.

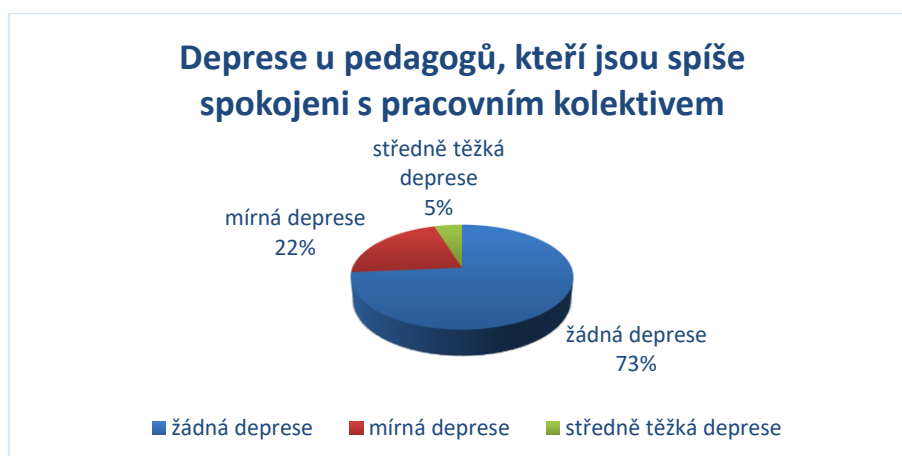
5 pedagogů, kteří jsou rozhodně spokojeni se svým pracovním kolektivem, vykazuje mírné depresivní obtíže, 1 pedagog středně těžké depresivní obtíže a 62 jich nevykazuje žádné obtíže.

Graf č. 10: Deprese u pedagogů naprosto spokojených s pracovním kolektivem



27 pedagogů, kteří odpověděli, že jsou spíše spokojeni se svým pracovním kolektivem, trpí mírnou depresí, 6 jich trpí středně těžkou depresí a 92 jich nemá žádnou depresi.

Graf č. 11: Deprese u pedagogů, kteří jsou spíše spokojeni s pracovním kolektivem



7 pedagogů, kteří spíše nejsou spokojeni se svým pracovním kolektivem, netrpí žádnými depresemi. Pouze 1 pedagog trpí mírnou depresí.

Graf č. 12: Deprese u pedagogů spíše nespokojených s pracovním kolektivem



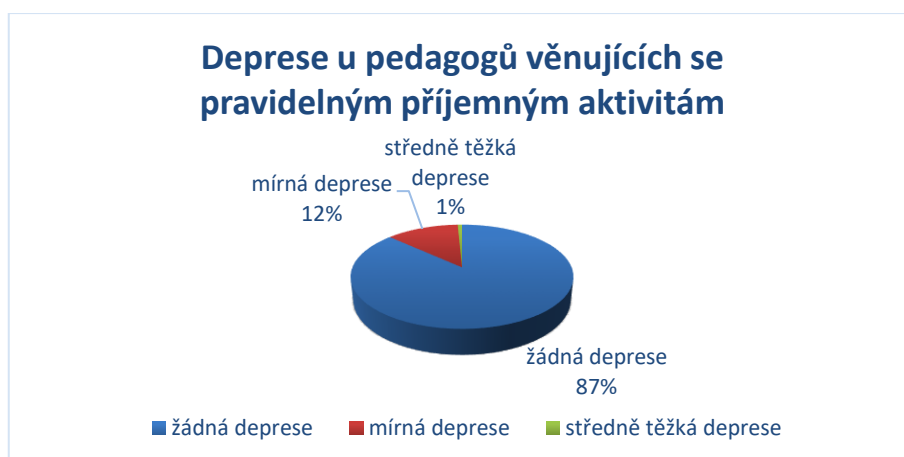
Výsledky: 91 % pedagogů, kteří jsou naprosto spokojeni se svým pracovním kolektivem, nemá žádné depresivní potíže. Pouze 1 % z nich má středně těžké potíže a 8 % mírné potíže. Pedagogové, kteří jsou spíše spokojeni se svým pracovním kolektivem, což znamená, že mají nějaké výhrady, ale stále jsou víceméně spokojeni, vykazují 22 % mírných depresí a 5 % středně těžkých depresí. Pedagogové spíše nespokojení s pracovním kolektivem nemají žádné středně těžké deprese, ale 13 % mírných depresí.

Otázka č. 6: Věnujete se ve volném čase nějakým příjemným aktivitám, při kterých se dokážete odreagovat? (četba knih, sport, péče o zahrádku atd.)

Věnování se jakýmkoliv příjemným aktivitám ve volném čase je výborná prevence proti stresu. Zajímalo mě především, zda se respondenti věnují aktivitám pravidelně, nebo nepravidelně. Obecně je doporučováno se jim věnovat pravidelně, proto jsem chtěla zjistit, zda mezi tím a depresí může existovat souvislost. 68 % respondentů odpovědělo, že se příjemným aktivitám, při kterých se umí odreagovat, věnují pravidelně. 31 % respondentů odpovědělo, že nepravidelně, a 1 % respondentů, že se nevěnují ve volném čase vůbec žádným příjemným aktivitám.

Ze 136 respondentů, kteří se pravidelně věnují příjemným aktivitám, jich 17 trpí mírnou depresí, 1 středně těžkou depresí a 118 žádnou depresí netrpí. Viz graf č. 13.

Graf č. 13: Deprese u pedagogů věnujících se pravidelným příjemným aktivitám



Z 63 respondentů, kteří se příjemným aktivitám věnují nepravidelně, jich trpí mírnou depresí 16, středně těžkou 5 a žádnou 42.

Graf č. 14: Deprese u pedagogů, kteří se věnují příjemným aktivitám nepravidelně



Pouze 2 respondenti odpověděli, že se nevěnují žádným aktivitám ve svém volném čase. Z toho 1 trpí středně těžkou depresí.

Graf č. 15: Deprese u pedagogů, kteří se nevěnují žádným příjemným aktivitám



Výsledek: Z výsledků je patrné, že vykonávání pravidelných příjemných aktivit ve volném čase, by mohlo mít na výskyt deprese vliv. Výzkum ukázal, že respondenti, kteří se aktivitám věnují pravidelně, vykazují znatelně nižší výskyt depresivních obtíží. Mírné deprese má 12 % z nich a závažnější středně těžké deprese pouze 1 % z nich. 25 % respondentů, kteří se aktivitám věnují nepravidelně, vykazují znaky mírné deprese a až 8 % z nich trpí středně těžkou depresí.

8.7.1 Verifikace hypotéz

Všechny hypotézy jsem ověřovala pomocí chí-kvadrát testu. Každá hypotéza byla ověřována na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Pro testování hypotézy jsem využila kontingenční tabulky. Jako první jsem do tabulky znázornila empirickou četnost. V druhé tabulce jsem vypočetla teoretickou četnost. Třetí tabulka znázorňuje testové kritérium, které jsem vypočetla ze vzorce

$$TK = \sum \frac{(emp.-teor.)^2}{teor.}$$

Testování H1: Učitelé muži vykazují nižší výskyt deprese než učitelé ženy.

K testování hypotézy číslo 1 jsem porovnávala otázku číslo 1, která se týkala pohlaví respondentů, s výsledkem výskytu depresivních obtíží získanou z Beckovy posuzovací škály deprese.

Stanovila jsem si:

H0: Učitelé muži nevykazují nižší výskyt deprese než učitelé ženy.

H1: Učitelé muži vykazují nižší výskyt deprese než učitelé ženy.

Empirické četnosti	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese	celkem
žena	129	26	6	161
muž	32	7	1	40
	161	33	7	201

Teoretické četnosti	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese
žena	128,960	26,433	5,607
muž	32,040	6,60	1,393

	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese
žena	0,0000124	0,0070929	0,2042259
muž	0,0000499	0,0242424	0,1108751

$$TK = 0,3464986$$

$$KH = 5,99147$$

$$TK < KH$$

Přijímám H0: Učitelé muži nevykazují nižší výskyt deprese než učitelé ženy. Výsledky by mohly být odlišné, pokud bych získala více respondentů mužů, proto nelze výsledky zobecnit. Přesto mě výsledky poněkud překvapily, protože jsem se v literatuře často setkávala s názory, že ženy trpí depresemi častěji. Je však pravděpodobné, že muži mohou pociťovat stejné psychické problémy, ale nevyhledávají tak často psychologickou nebo lékařskou pomoc. Viz kapitola 4.7.2.

Testování H2: Míra výskytu depresivních obtíží u pedagogů na 1. stupni základní školy je nižší než u pedagogů na 2. stupni základní školy.

K testování hypotézy číslo 2 jsem porovnávala otázku číslo 2, která zjišťovala, na jakém stupni základní školy respondenti vyučují, s výsledkem výskytu depresivních obtíží.

Stanovila jsem si:

H0: Míra výskytu depresivních obtíží u pedagogů na 1. stupni základní školy není nižší než u pedagogů na 2. stupni základní školy.

H1: Míra výskytu depresivních obtíží u pedagogů na 1. stupni základní školy je nižší než u pedagogů na 2. stupni základní školy.

Empirické četnosti	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese	celkem
1.stupeň základní školy	71	10	3	84
2.stupeň základní školy	90	23	4	117
	161	33	7	201

Teoretické četnosti	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese
1.stupeň základní školy	67,284	13,791	2,925
2.stupeň základní školy	93,716	19,209	4,075

	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese
1.stupeň základní školy	0,1537164	0,7853441	0,0617521
2.stupeň základní školy	0,1103617	0,5638337	0,0443252

$$TK = 1,7193332$$

$$KH = 5,99147$$

$$TK < KH$$

Přijímám H0: Míra výskytu depresivních obtíží u pedagogů na 1. stupni základní školy není nižší než u pedagogů na 2. stupni základní školy. Tento výsledek nám říká, že vyučovaný stupeň základní školy nemá na výskyt depresivních obtíží u pedagogů vliv. Domnívala jsem se, že bude výskyt deprese na 2. stupni ZŠ častější, protože jsem si to spojovala s větší psychickou náročností s žáky a větším stresem. Výsledek přesto kvůli nízkému počtu respondentů nelze zobecnit.

Testování H3: Pedagogové do 35 let vykazují vyšší výskyt depresivních obtíží než pedagogové starší 35 let.

Pro testování hypotézy číslo 3 jsem porovnávala dotazníkovou otázku číslo 3 s výsledky míry depresivních obtíží dle Beckovy posuzovací škály deprese. Otázka číslo 3 se zabývala věkem respondentů. Pro výpočet statistických údajů jsem použila stejný postup jako u hypotézy č. 2.

Stanovila jsem si:

H0: Pedagogové do 35 let nevykazují vyšší výskyt depresivních obtíží než pedagogové starší 35 let.

H1: Pedagogové do 35 let vykazují vyšší výskyt depresivních obtíží než pedagogové starší 35 let.

Empirické četnosti	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese	celkem
Mladší 35 let	49	10	3	62
Starší 35 let	112	23	4	139
	161	33	7	201

Teoretické četnosti	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese
Mladší 35 let	49,662	10,179	2,159
Starší 35 let	111,338	22,821	4,841

	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese
Mladší 35 let	0,0005285	0,0101229	0,0538587
Starší 35 let	0,0002357	0,0045152	0,0240200

$$TK = 0,093281$$

$$KH = 5,99147$$

$$TK < KH$$

Přijímám H0: Pedagogové do 35 let nevykazují vyšší výskyt depresivních obtíží než pedagogové starší 35 let. Tímto byla má hypotéza falzifikována.

Testování H4: Pedagogové, kteří pocít'ují v zaměstnání stres, trpí více depresivními poruchami než pedagogové, kteří v zaměstnání stres nepocít'ují.

K testování hypotézy číslo 4 jsem porovnávala otázku číslo 4, která zkoumala, zda pedagogové ve svém zaměstnání pocít'ují často stres, nebo nikoliv, s výsledky Beckovy posuzovací škály deprese. Tato hypotéza byla také ověřena pomocí chí-kvadrát testu v kontingenčních tabulkách.

Stanovila jsem si:

H0: Pedagogové, kteří pocít'ují v zaměstnání stres, netrpí více depresivními poruchami než pedagogové, kteří v zaměstnání stres nepocít'ují.

H1: Pedagogové, kteří pocít'ují v zaměstnání stres, trpí více depresivními poruchami než pedagogové, kteří v zaměstnání stres nepocít'ují.

Empirické četnosti	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese	celkem
Pocít'ují stres	85	27	5	117
Nepocít'ují stres	64	6	2	72
	149	33	7	189

Teoretické četnosti	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese
Pocít'ují stres	92,238	20,429	4,333
Nepocít'ují stres	56,762	12,571	2,666

	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká
Pocít'ují stres	0,4922119	1,804153	0,0064364
Nepocít'ují stres	0,7998422	2,9319100	0,0103361

$$TK = 6,0448896$$

$$KH = 5,99147$$

$$TK > KH$$

Platí H1: Pedagogové, kteří pocít'ují v zaměstnání stres, trpí více depresivními poruchami než pedagogové, kteří v zaměstnání stres nepocít'ují. Z výsledku je patrné, že stres v zaměstnání může ovlivňovat výskyt depresivních obtíží a je tedy nezanedbatelným faktorem pro duševní zdraví.

Testování H5: Čím více jsou pedagogové spokojeni se svým pracovním kolektivem, tím méně vykazují depresivní obtíže.

Porovnávala jsem otázku číslo 5, která zkoumala spokojenost pedagogů s jejich pracovním kolektivem, s výsledky Beckovy posuzovací škály deprese.

Stanovila jsem si:

H0: Spokojenost s pracovním kolektivem nemá vliv na výskyt depresivních obtíží.

H1: Spokojenost s pracovním kolektivem má vliv na výskyt depresivních obtíží.

Empirické četnosti	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese	celkem
Rozhodně spokojeni	62	5	1	68
Méně spokojeni	99	28	6	133
	161	33	7	201

Teoretické četnosti	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese
Rozhodně spokojeni	54,468	11,164	2,368
Méně spokojeni	106,532	21,836	4,632

	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese
Rozhodně spokojeni	0,9078546	2,8736023	0,3181689
Méně spokojeni	0,4641706	1,4691746	0,1626563

$$TK = 6,1956273$$

$$KH = 5,99147$$

$$TK > KH$$

Přijímám H1: Spokojenost s pracovním kolektivem má vliv na výskyt depresivních obtíží. Přestože výsledek nelze zobecnit na všechny pedagogy, lze předpokládat, že pracovní kolektiv může mít vliv na psychickou pohodu pedagoga.

Testování H6: Učitelé, kteří se věnují ve volném čase pravidelně nějakým příjemným aktivitám, trpí depresivními obtížemi méně než učitelé, kteří se věnují příjemným aktivitám nepravidelně.

Testování hypotézy probíhalo stejně jako u předchozích hypotéz. Zde jsem využila otázku číslo 6, která zjišťovala, zda se učitelé ve svém volném čase věnují příjemným aktivitám pravidelně, nebo nepravidelně. Otázku jsem opět porovnávala s výsledky Beckovy posuzovací škály deprese. Vynechala jsem odpověď, kde dva respondenti odpověděli, že se nevěnují žádným příjemným aktivitám.

Stanovila jsem si:

H0: Pravidelné vykonávání příjemných aktivit nemá vliv na výskyt depresivních obtíží u pedagogů.

H1: Pravidelné vykonávání příjemných aktivit má vliv na výskyt depresivních obtíží u pedagogů.

Empirické četnosti	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese	Celkem
Pravidelně	118	17	1	136
Nepravidelně	42	16	5	63
	160	33	6	199

Teoretické četnosti	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese
Pravidelně	109,347	22,553	4,101
Nepravidelně	50,653	10,447	1,899

	Žádná deprese	Mírná deprese	Středně těžká deprese
Pravidelně	0,6078942	1,1321247	1,6496467
Nepravidelně	1,3122897	2,4440326	3,5625071

$$TK = 10,708495$$

$$KH = 5,99147$$

$$TK > KH$$

Přijímám H1: Pravidelné vykonávání příjemných aktivit má vliv na výskyt depresivních obtíží u pedagogů. Učitelé, kteří se věnují příjemným aktivitám pravidelně, vykazují menší výskyt depresivních obtíží. Bohužel toto tvrzení nelze zobecnit, jelikož při vyšším počtu respondentů by se výsledky mohly lišit, přesto je očividné, že se jedná o důležitý faktor pro vznik deprese.

8.7.2 Shrnutí hypotéz

H1: Učitelé muži vykazují nižší výskyt depresivních obtíží než učitelé ženy.

Hypotéza byla falzifikována.

H2: Míra výskytu depresivních obtíží u pedagogů na 1. stupni základní školy je nižší než u pedagogů na 2. stupni základní školy.

Hypotéza byla falzifikována.

H3: Pedagogové do 35 let vykazují vyšší výskyt depresivních obtíží než pedagogové starší 35 let.

Hypotéza byla falzifikována.

H4: Pedagogové, kteří pociťují v zaměstnání stres, trpí více depresivními poruchami než pedagogové, kteří v zaměstnání stres nepociťují.

Hypotéza byla verifikována.

H5: Čím více jsou pedagogové spokojeni se svým pracovním kolektivem, tím méně vykazují depresivní obtíže.

Hypotéza byla verifikována.

H6: Učitelé, kteří se věnují ve volném čase pravidelně nějakým příjemným aktivitám, trpí depresivními obtížemi méně než učitelé, kteří se věnují příjemným aktivitám nepravidelně.

Hypotéza byla verifikována.

8.8 Závěr výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda pedagogové na základních školách trpí depresivními obtížemi, a pokud ano, v jaké míře. Na dotazník jsem dostala 201 platných odpovědí a výsledky ukázaly, že 80 % respondentů depresivními obtížemi netrpí, 16 % vykazuje mírné depresivní obtíže a 4 % mají středně těžké deprese. Nikdo z respondentů nevykazoval známky těžké deprese.

Na začátku výzkumu jsem stanovila šest hypotéz, které souvisely s dílčími cíli. Z výsledků výzkumu lze vyvodit následující závěry.

První hypotézou bylo, zda má na výskyt depresí u pedagogů na základních školách vliv jejich pohlaví. Můj předpoklad, že deprese jsou častější u žen, byl vyvrácen. Výsledky mého výzkumu však není možné zobecňovat, považuji jej však za důležitý, jelikož by mohl poukazovat na to, že větší výskyt psychických obtíží u žen je přeceňován a muži vykazují menší ochotu si nějaké psychické problémy přiznat, případně je řešit.

Druhou hypotézou bylo, zda má na výskyt depresí vliv pedagogem vyučovaný stupeň základní školy. Předpokládala jsem, že výuka na 2. stupni bude náročnější, u dospívajících se můžeme setkat s nerespektováním autorit, což může mít dopad na psychiku pedagoga. Můj předpoklad se opět nepotvrdil.

Třetí hypotéza se zabývala věkem pedagogů. Očekávala jsem, že pedagogové mladší 35 let budou vykazovat větší výskyt deprese, ale můj výzkum to nepotvrdil. Existují důležitější faktory pro vznik deprese a věk nepovažuji za rozhodující, přesto výsledky opět nelze zobecnit, protože při vyšším počtu respondentů by mohly být odlišné.

Za jeden z nejdůležitějších vlivů, které mohou zapříčinit depresivní obtíže, považuji stres. Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na stres způsobený v pracovním prostředí. Výsledky mého výzkumu prokázaly, že pedagogové, kteří pociťují v zaměstnání stres, trpí více depresivními poruchami než pedagogové, kteří v zaměstnání stres nepociťují. Tím se potvrdilo, že stres s depresí souvisí a je třeba s ním umět pracovat.

Dále jsem také zkoumala spokojenost pedagogů s jejich pracovním kolektivem. Předpokládala jsem, že dobré vztahy na pracovišti přispívají k celkové spokojenosti. Tento názor se mi potvrdil, protože výzkum ukázal, že čím více jsou pedagogové spokojeni se svým pracovním kolektivem, tím méně vykazují depresivní obtíže.

Poslední zjištění prokázalo, že pedagogové, kteří se věnují ve volném čase pravidelně nějakým příjemným aktivitám, trpí depresivními obtížemi méně než ti, kteří se věnují příjemným aktivitám nepravidelně. Tím se potvrzuje, že umět využít svůj volný čas je důležité a pro prevenci před depresí nezbytné.

ZÁVĚR

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda pedagogové na ZŠ trpí depresí a v jaké míře. Tohoto cíle bylo dosaženo v praktické části této práce pomocí kvantitativního výzkumu. K vyhodnocení míry deprese byla použita Beckova posuzovací škála deprese. Dílčími cíli bylo pomocí předem stanovených hypotéz zjistit, zda má na výskyt deprese vliv věk, pohlaví, vyučovaný stupeň ZŠ, pracovní kolektiv, stres v zaměstnání a pravidelnost vykonávání příjemných aktivit, při kterých se respondenti zvládnou odreagovat. Z mého pohledu bylo všech cílů dosaženo, přestože všechny hypotézy nebyly verifikovány a výsledky nelze zobecnit.

K výzkumu bylo zapotřebí teoretického podkladu, který shrnuje potřebné informace, se kterými bylo dále nakládáno. Teoretická část se skládá z definování pojmu deprese, vypsání symptomů, druhů deprese, možností léčby a prevence deprese. Velkou pozornost jsem věnovala etiopatogenezi deprese a kapitole Deprese a stres u pedagogů, což bylo hlavním zdrojem čerpání znalostí pro následný výzkum.

Přestože z výzkumu nelze obecně zjistit, co by mohlo být spouštěčem deprese, přinesl zajímavé informace ohledně problematiky psychických potíží u pedagogických pracovníků a poukázal na to, že depresivní potíže u této skupiny nejsou tak ojedinělé, jak by se mohlo zdát. Je třeba věnovat pozornost především tomu, že středně těžkou depresí měli až 4 % dotazovaných, což je již deprese, u které je doporučována psychoterapie, v mnoha případech kombinovaná s farmakoterapií.

Provedený výzkum měl i své nedostatky. Prvním z nich je, že test Beckovy posuzovací škály deprese by se měl dělat jednou týdně. To v tomto výzkumu bylo nerealizovatelné, jelikož by nebylo možné získat odpovědi od stejných respondentů. Druhým nedostatkem shledávám to, že na otázky se odpovídá vždy podle toho, jak se v daný den člověk cítí, což může často ovlivnit špatná nálada nebo nějaká nepříjemná událost. Výsledky v daný okamžik proto mohou být zavádějící. To platí hlavně u mírné deprese, jejíž hodnoty jsou nízké. Poslední nevýhodou je fakt, že jsem ve svém výzkumném vzorku neměla ani jednoho respondenta s těžkou depresí a nezjistím, zda je to tím, že žádný pedagog, kterého jsem oslovila, těžkou depresí netrpěl, nebo tím, že i kdyby jí trpěl, neodpoví. Věřím, že druhá možnost je pravděpodobná, protože lidé s těžkou depresí nedokáží fungovat ani v běžném životě, nemají energii ani chuť vykonávat nějaké činnosti a vyplnění dotazníku by pro ně bylo nemožné.

Je důležité udržovat si psychické zdraví a znát problematiku deprese. Byla bych ráda, kdyby se široká veřejnost o tomto onemocnění dozvěděla více, snížil by se tím počet předsudků, a naopak by se zvýšilo větší pochopení k nemocným. V podstatě i nemocní by měli větší pochopení sami k sobě. Je důležité rozeznat symptomy a poskytnout pomocnou ruku svým blízkým.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje:

- 1) BÁRTOVÁ, Zdenka. *Jak zvládnout stres za katedrou*. Kralice na Hané: Computer Media, 2011. ISBN 978-80-7402-110-7.
- 2) BECK, Aaron T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál, 2005. Spektrum (Portál). ISBN 80-7367-032-1.
- 3) CANTOPHER, Tim. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. Olomouc: ANAG, c2012. ISBN 978-80-7263-768-3.
- 4) ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-316-9.
- 5) GRÜN, Anselm. *Deprese jako šance: spirituální impulzy*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0862-4.
- 6) HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, c2008. Jessenius. ISBN 978-80-7345-157-8.
- 7) KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: [současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících]*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9.
- 8) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2013. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4774-3.
- 9) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada, 2012. Psyché. ISBN 978-80-247-4007-2.
- 10) KYRIACOU, Chris. *Klíčové dovednosti učitele: cesty k lepšímu vyučování*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. Pedagogická praxe. ISBN 8071789658.
- 11) LÖFFLER, Constanze, Beate WAGNER a Manfred WOLFERSDORF. *Muži nepláčou?: deprese u mužů - jak ji rozpoznat a léčit*. Praha: Portál, 2014. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0590-6.

- 12) MEIER, Paul, Frank MINIRTH a Šimona BOUZKOVÁ. *Od deprese ke štěstí?: příznaky, příčiny a léčení deprese*. Praha: Návrat domů, 1998. ISBN 80-85495-82-1.
- 13) NEDLEY, Neil. *Život bez deprese*. Praha: Advent-Orion, 2007. Zdraví pro třetí tisíciletí, 3. ISBN 978-80-7172-023-2.
- 14) PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-501-1.
- 15) RÖHR, Heinz-Peter. *Cesty z úzkosti a deprese: o štěstí lásky k sobě samému*. Praha: Portál, 2012. Spektrum, 77. ISBN 978-80-262-0073-4.
- 16) STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Přeložil Natalie VRAJOVÁ. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
- 17) STYRON, William. *Viditelná temnota: paměti šílenství*. Vydání druhé, v Portále první, revidované. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0946-1.
- 18) ŠAUEROVÁ, Markéta. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada, 2018. Pedagogika. ISBN 978-80-271-0470-3.

Internetové zdroje:

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha: ÚZIS, © 2017 [cit. 2018-11-21]. dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>.

WHO | Depression. WHO | World Health Organization [online]. Copyright © [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1: Výskyt deprese u pedagogů na ZŠ

Seznam grafů:

Graf č. 1: Výskyt deprese u pedagogů na ZŠ

Graf č. 2: Výskyt deprese u pedagogů mužů

Graf č. 3: Výskyt deprese u pedagogů žen

Graf č. 4: Výskyt deprese u pedagogů na 1. stupni ZŠ

Graf č. 5: Výskyt deprese u pedagogů na 2. stupni ZŠ

Graf č. 6: Výskyt depresivních obtíží u pedagogů mladších 35 let (včetně)

Graf č. 7: Výskyt depresivních obtíží u pedagogů starších 35 let

Graf č. 8: Výskyt deprese u pedagogů, kteří se cítí v zaměstnání ve stresu

Graf č. 9: Výskyt deprese u pedagogů, kteří se necítí v zaměstnání ve stresu

Graf č. 10: Deprese u pedagogů naprosto spokojených s pracovním kolektivem

Graf č. 11: Deprese u pedagogů, kteří jsou spíše spokojeni s pracovním kolektivem

Graf č. 12: Deprese u pedagogů spíše nespokojených s pracovním kolektivem

Graf č. 13: Deprese u pedagogů věnujících se pravidelným příjemným aktivitám

Graf č. 14: Deprese u pedagogů, kteří se věnují příjemným aktivitám nepravidelně

Graf č. 15: Deprese u pedagogů, kteří se nevěnují žádným příjemným aktivitám

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník k bakalářské práci

Dobrý den,

jsem studentka 3. ročníku Humanitních studií na Univerzitě Pardubice a tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění stručného dotazníku, který bude sloužit k výzkumu **výskytu depresivních obtíží u pedagogů na ZŠ**. Tento dotazník je zcela **anonymní** a zabere Vám maximálně 10 minut času. Deprese je v dnešní době velmi aktuální téma a myslím si, že profese pedagoga je riziková skupina, co se této nemoci týče. Pedagogové jsou často pod tlakem a stresem, jsou na ně kladeny vysoké nároky za nepříliš velké finanční ohodnocení. Tímto výzkumem bych chtěla zjistit, zda se tyto vysoké požadavky projevují i na psychice pedagogů. Vámi poskytnuté údaje budou sloužit pouze k tomuto výzkumu.

Děkuji Vám za čas, který věnujete na vyplnění tohoto dotazníku a přeji pěkný den.

Lucie Váňová

Jste:

- a) Žena
- b) Muž

Vyučujete primárně na:

- a) Prvním stupni ZŠ
- b) Druhém stupni ZŠ

Kolik je Vám let?

.....

Cítíte se často ve svém zaměstnání ve stresu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Jste spokojeni ve svém pracovním kolektivu?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne

Věnujete se ve volném čase nějakým příjemným aktivitám, při kterých se dokážete odreagovat? (četba knih, sport, péče o zahrádku atd.)

- a) Ano, pravidelně
- b) Ano, ale nepravidelně
- c) Ne

Ve druhé části dotazníku si nejdříve přečtete všechna tvrzení v určité skupině a vyberte si to, které vás nejlépe charakterizuje v tento den. Tvrzení označte. Pokud vám vyhovuje více tvrzení, zvolte to, které vás přece jen charakterizuje nejlépe. Pro správný výsledek je nutné odpovědět na všech 21 otázek a nelze žádnou vynechat.

1.

- a) necítím se smutný(á)
- b) cítím se posmutnělý(á), sklíčený(á)
- c) jsem stále smutný(á) a smutku se nedokážu zbavit
- d) jsem tak nešťastný(á), že to nemohu snést

2.

- a) příliš se budoucnosti neobávám
- b) budoucnosti se obávám
- c) vidím, že se už nemám na co těšit
- d) vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit

3.

- a) nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly
- b) v životě jsem měl(a) více smůly a neúspěchu, než obvykle mají jiní lidé
- c) vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů
- d) vidím, že jsem jako člověk (otec, matka, manžel, manželka) plně selhal, zklamal

4.

- a) nejsem nijak zvlášť nespokojený(á)
- b) věci mě už netěší tak jako dříve
- c) nic mně již nepřináší uspokojení
- d) ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení

5.

- a) netrpím pocity viny
- b) často mívám pocity viny
- c) hodně často mívám pocity viny
- d) stále trpím pocity viny

6.

- a) nemám pocit, že budu za něco trestán(a)
- b) mám pocit, že bych mohl být potrestán(a)
- c) očekávám, že budu nějak potrestán(a)
- d) vím, že budu potrestán(a)

7.

- a) necítím se příliš zklamán(a) sám sebou
- b) zklamal(a) jsem se v sobě
- c) jsem dosti znechucen(a) sám(a) sebou
- d) nenávidím se

8.

- a) necítím se horší než kdokoli jiný
- b) mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb
- c) stále si vyčítám všechny své chyby
- d) za všechno špatné mohu já

9.

- a) nepřemýšlím o sebevraždě
- b) někdy pomýšlím na sebevraždu
- c) často přemýšlím o sebevraždě
- d) kdybych měl(a) příležitost, tak bych si vzal(a) život

10.

- a) nepláču více než obvykle
- b) pláču nyní častěji než předtím
- c) pláču nyní stále, nedokážu přestat
- d) předtím jsem mohl(a) plakat, nyní to nejde, i kdybych chtěl(a)

11.

- a) nejsem nyní podrážděný(á) více než obvykle
- b) jsem často podrážděn(a) a rozladěn(a)
- c) jsem stále podrážděn(a) a rozladěn(a)
- d) nemohu se již rozčílit ani věcmi, které mě dříve obvykle rozčillovaly

12.

- a) neztratil(-a) jsem zájem o ostatní lidi
- b) mám menší zájem o ostatní lidi
- c) ztratil(-a) jsem většinu zájmu o ostatní lidi
- d) ztratil(-a) jsem všechn zájem o ostatní lidi

13.

- a) dokážu se většinou rozhodnout v běžných situacích
- b) odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve
- c) mám značné potíže v rozhodování
- d) vůbec se nedokážu rozhodnout

14.

- a) nemám větší starosti se vzhledem než dříve
- b) mám starosti, že vypadám už dost staře a neatraktivně
- c) mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, takže vypadám dost nepěkně
- d) mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě

15.

- a) práce mi jde jako dříve
- b) musím se nutit, když chci začít něco dělat
- c) dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal(a)
- d) nejsem schopen(a) jakékoli práce

16.

- a) spím stejně dobře jako dříve
- b) nespím již tak dobře jako dříve
- c) probouzím se o 1-2 hodiny dříve než obvykle a nemohu spát
- d) denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin denně

17.

- a) necítím se více unaven(-a) než obvykle
- b) unavím se snáze než dříve
- c) téměř všechno mě unavuje
- d) únava mi zabraňuje cokoliv dělat

18.

- a) mám svou obvyklou chuť k jídlu
- b) nemám takovou chuť k jídlu jakou jsem míval(-a)
- c) mám mnohem menší chuť k jídlu
- d) zcela jsem ztratil(-a) chuť k jídlu

19.

- a) v poslední době jsem nezhubnul(-a)
- b) ztratil(-a) jsem v poslední době více než 2,5 kg
- c) ztratil(-a) jsem v poslední době více než 5 kg
- d) ztratil(-a) jsem v poslední době více než 7,5 kg

20.

- a) nestarám se o své zdraví více než obvykle
- b) dělají mi nyní starosti různé bolesti v těle, mám citlivý žaludek, trpím zácpou, bušením srdce apod.
- c) velice často myslím na své tělesné obtíže
- d) moje bolesti a těžkosti mě plně vyčerpávají

21.

- a) nepozoruji snížení zájmu o sex
- b) mám menší zájem o sex než dříve
- c) mám o hodně menší zájem o sex než dříve
- d) ztratil(-a) jsem úplně zájem o sex