

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Výskyt depresivních obtíží u studentů UPa

Vanda Kuncová, DiS.

Bakalářská práce

2010

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Vanda KUNCOVÁ, DiS.**
Studijní program: **B6107 Humanitní studia**
Studijní obor: **Humanitní studia**
Název tématu: **Výskyt depresivních obtíží u studentů UPa**
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 :

1. Úvod 2. Výskyt depresivního onemocnění v populaci 3. Symptomatologie a etiopatogeneze deprese 4. Klasifikace depresivního onemocnění 5. Výzkumná část Kvantitativní výzkum (dotazníkové šetření) Hypotéza: a) Počet výskytu depresí u studentů UPa se zvyšuje s úrovní vyšších ročníků b) Studenti UPa pociťují deprese v zimním období ve větší intenzitě než v letním období 6. Možnosti léčby deprese 7. Předcházení vzniku depresí 8. Závěr

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat depresi. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0575-3
2. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. Deprese a jak ji zvládat. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0
3. PRAŠKO, J. Co je to deprese a jak se léčí. Praha: Triton, 2007. ISBN 80-7254-030-0
4. DOUBEK, P., HERMAN, E. Deprese a stres. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-8
5. SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9
6. ANDERS, M., UHROVÁ, T., ROTH, J. Depresivní porucha v neurologické praxi. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-306-0

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Jana Křišťálová
Katedra věd o výchově

Datum zadání bakalářské práce:

30. dubna 2009

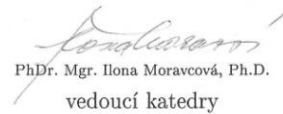
Termín odevzdání bakalářské práce:

31. března 2010



prof. PhDr. Petr Vorel, CSc.
děkan

L.S.



PhDr. Mgr. Ilona Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2009

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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Litomyšli dne 4. 3. 2010

Vanda Kuncová, DiS.

Poděkování

Na tomto místě bych velice ráda poděkovala PhDr. Janě Křišťálové za veškerou odbornou pomoc a objektivní připomínky k tématu mé bakalářské práce a také za vynaložený čas, úsilí a vstřícnost.

Děkuji všem zúčastněným studentům (respondentům) Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice za spolupráci při výzkumném šetření. Díky jejich ochotě a spolupráci jsem mohla zpracovat praktickou část mé bakalářské práce a nahlédnout tak do psychického stavu studentů.

ANOTACE

Práce je zaměřena na výskyt depresivních obtíží u studentů Univerzity Pardubice. Zkoumá intenzitu depresivního onemocnění u studentů a studentek prvních až třetích ročníků Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice v průběhu letního semestru (2008/2009) a zimního semestru (2009/2010). Jejím cílem je bližší seznámení s problematikou depresivního onemocnění z pohledu epidemiologie, etiopatogeneze, symptomatologie a v neposlední řadě léčby a prevence.

KLÍČOVÁ SLOVA

Deprese, Beckova posuzovací stupnice deprese, léčba, psychoterapie, duševní hygiena

TITLE

The Occurance of Depressive Difficulties in Students at the University of Pardubice

ANNOTATION

The thesis is focused on the occurrence of depressive difficulties in students at the University of Pardubice. It searches the intensity of depressive diseases in the students of the first to third years at the Faculties of Philosophy and Faculties of Economics at the University of Pardubice during a summer term (2008/2009) and a winter term (2009/2010). The aim of this thesis is closer familiarization with issues of depressive disorders from the point of epidemiology, etiopathogenesis, symptomatology, and last but not least its treatment and prevention.

KEYWORDS

Depression, Beck rating scale of depression, treatment, psychotherapy, mental hygiene

Obsah

Úvod.....	9
1 Výskyt depresivního onemocnění v populaci	11
1.1 Co je to deprese	11
1.2 Epidemiologie	12
1.3 Kdo je zranitelný vůči depresivní poruše.....	13
2 Etiopatogeneze a symptomatologie a deprese.....	15
2.1 Biologické faktory.....	15
2.1.1 Neuroanatomické nálezy	15
2.1.2 Neurofyziologické abnormality	15
2.1.3 Genetické nálezy	16
2.2 Psychosociální faktory	16
2.2.1 Psychodynamické teorie.....	17
2.2.2 Kognitivně-behaviorální teorie	17
2.3 Klinické projevy depresivní poruchy (symptomatologie).....	18
2.4 Průběh depresivní poruchy.....	19
2.5 Diagnostika deprese	19
3 Klasifikace depresivního onemocnění	22
3.1 Třídění dle Mezinárodní klasifikace nemocí	22
3.1.1 Diagnostická kritéria depresivní poruchy dle MKN – 10	23
3.2 Druhy depresí	24
3.3 Další členění depresí	25
4 Výzkumná část.....	26
4.1 Odůvodnění výzkumu	26
4.2 Metodologie výzkumu	26
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	27

4.4	Cíle výzkumu	27
4.5	Stanovení hypotéz	27
4.6	Popis průběhu sběru dat	28
4.7	Výsledky dotazníkového šetření a jejich interpretace.....	29
4.7.1	Shrnutí hypotéz	40
4.8	Závěr výzkumu.....	40
5	Možnosti léčby deprese.....	42
5.1	Léčba.....	42
5.2	Etapy léčby deprese.....	43
5.3	Farmakoterapie deprese	43
5.3.1	Antidepresiva	43
5.4	Psychoterapie	44
5.5	Psychoedukace	45
6	Předcházení vzniku deprese	46
6.1	Duševní hygiena.....	46
6.2	Důvody zájmu o duševní hygienu.....	46
	Závěr	49
	Seznam příloh.....	51
	Seznam použité literatury.....	58

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je popsat problematiku výskytu depresivních obtíží u studentů Univerzity Pardubice. Toto téma jsem si zvolila především proto, že studuji obor Humanitní studia s pedagogickým zaměřením a zajímám se o obor psychologie. Víím, že se depresivní onemocnění stává významným celospolečenským problémem světové populace a právě proto věnuji svou pozornost tomuto tématu v mé práci.

S vysokou mírou pravděpodobnosti může deprese postihnout kohokoliv a kdykoliv. Některé studie uvádějí, že depresivní onemocnění postihuje každý rok více než 100 milionů lidí na celém světě. U žen je riziko výskytu deprese až dvakrát vyšší než u mužů. Více než polovinu jedinců sužují sebevražedné myšlenky, někteří se o sebevraždu pokusí a až 15 % nemocných sebevraždu dokoná. Deprese je velice časté onemocnění, které je závažné a může ohrožovat i život jedince. Brání nemocnému v jeho každodenních aktivitách, v jeho osobním, sociálním a profesním životě. Současné možnosti psychologie, psychiatrie a medicíny dokáží diagnostikovat depresivní onemocnění včas. Správné a včasné odhalení deprese a následně zahájená odpovídající léčba znamená pro nemocného dobrou prognózu ve zlepšení kvality života.

Má bakalářská práce se dělí na praktickou a výzkumnou část. Praktická část obsahuje pět kapitol.

Hlavním tématem první kapitoly je obecné pojednání o depresivním onemocnění, protože deprese je velmi často zaměňována ze strany laické veřejnosti za smutnou náladu. Kapitola se vedle obecných pojmů zabývá také epidemiologií deprese. Dále charakterizuje rizikové skupiny lidí, které jsou nejvíce ohroženy tímto onemocněním.

Druhá kapitola se zabývá etiopatogenezí (soubor příčin, které vedou ke vzniku onemocnění) a symptomatologií depresivního onemocnění. Interpretuje základní příznaky depresivního onemocnění, jeho diagnostikování a průběh.

Třetí kapitola popisuje depresi dle Mezinárodní klasifikace nemocí a vad. Rozlišuje základní a další přídatné příznaky depresivního onemocnění. Závěr kapitoly popisuje druhy depresí a jejich další dělení.

Obsahem čtvrté kapitoly je výzkumná část. Hlavním cílem výzkumného šetření byla specifikace výskytu depresivních obtíží u studentů Univerzity Pardubice prostřednictvím kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum probíhal dotazníkovým

šetřením, konkrétně Beckovou posuzovací škálou deprese. Kapitola je doplněna o popis průběhu dotazníkového šetření, interpretaci výsledků s množstvím grafického materiálu a závěr výzkumu.

V páté kapitole se zabývám možnostmi léčby tohoto depresivního onemocnění. Je zde blíže prezentována oblast farmakoterapie a psychoterapie a jejich konkrétní léčebné metody.

Poslední kapitola, která bakalářskou práci uzavírá, se vztahuje k neméně významné části této práce, a to k duševní hygieně, která je mnohokrát opomíjena. Je zapotřebí, aby péče o duševní hygienu probíhala neustále nejen když se objeví nějaký problém. Pokud se společnost naučí dostatečně pečovat o své duševní zdraví, získá si určitou prevenci proti duševním a somatickým poruchám.

1 Výskyt depresivního onemocnění v populaci

1.1 Co je to deprese

Deprese (dříve melancholie) je vážné onemocnění, které vykazuje ve společnosti stoupající tendenci, ale je léčitelné.

„Na žádost Světové zdravotnické organizace provedla Světová banka prognózu, podle níž zátěž depresivní poruchou předčí zátěž řadou tělesných chorob. Již dnes ve vyspělých zemích pět z deseti hlavních příčin vedoucích k neschopnosti („disability“ podle SZO – jakékoliv omezení nebo ztráta schopnosti zabývat se normálními aktivitami pro danou poruchu) tvoří psychické poruchy. Podle odhadu se v roce 2020 deprese stane druhou vedoucí příčinou neschopnosti, morbidity a mortality ve světě bezprostředně za ischemickou chorobou srdeční“.¹

Z údajů uváděných v mnoha odborných publikacích, jež se věnují problematice depresivních poruch, vyplývá, že se každý jedinec v průběhu svého života s určitými příznaky a formami deprese setká.

Každý člověk někdy pocítuje smutek či rozladěnost. Mnoho lidí nazývá právě tyto pocity „depresí“. Ale ne každý smutek znamená depresi. Z odborného hlediska je pojem deprese užší. Odlišnost deprese od běžného smutku či rozladěnosti je zásadní zejména v tom, že deprese trvá déle, je intenzivnější a nepříznivě ovlivňuje výkonnost člověka.

V případě, že není deprese léčena, mohou její příznaky trvat celé roky. Vede k izolovanosti člověka, jedinec se uzavírá do sebe a stává se osamělým, domnívá se, že mu nikdo nerozumí. Depresivní onemocnění snižuje výkonnost a obranyschopnost organismu. Jedinec se cítí smutný, unavený, nešťastný, ztrácí veškerou radost ze života. V krajním případě může toto onemocnění dovést jedince k sebevražednému jednání.

¹ SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. Speciální psychiatrie, s. 201. ISBN 80-7367-154-9.

1.2 Epidemiologie

Deprese se řadí k nejčastějším psychiatrickým onemocněním. Některé studie poukazují na to, že v jakémkoliv okamžiku trpí 3 až 6 % lidí vážnou depresí, ale jen 20 až 25 % z nich se časem pokusí vyhledat pomoc.²

„V běžné populaci je její výskyt zjišťován u 5,3 %, u chronicky nemocných v 9,4 %, u hospitalizovaných ve 33 %, u hospitalizovaných onkologických pacientů ve 42 %, u infarktu myokardu ve 45 % a cévních mozkových příhod u 47 %. Na pracovní neschopnosti se podílejí 17,3 % všech duševních poruch. Odhaduje se, že 50 % pacientů s depresivní poruchou prodělá jednu epizodu, u 20 % je průběh rekurentní a u 30 procent se projeví tendence k chronickému průběhu. Tato čísla jednoznačně poukazují na nutnost věnovat těmto poruchám zvýšenou pozornost.“³

Depresivní onemocnění se nejčastěji vyskytuje u jedinců mezi 25. - 35. rokem věku. V průměru tedy postihuje jedince kolem 27 let. Ale může se vyskytnout v dětství stejně tak jako ve stáří. Příznaky počínající deprese se vyvinou během několika dnů či týdnů. Odhaduje se, že pouze 25 % jedinců s depresivní poruchou je adekvátně diagnostikováno a poté léčeno. Je to způsobeno především tím, že je depresivní porucha velice často skryta za pacientovými stížnostmi na tělesné potíže. Diagnostikování deprese komplikují především přidružená somatická či psychiatrická onemocnění.⁴

„V poslední době byl celosvětově zachycen stoupající trend výskytu deprese a posunu jejího začátku do nižších věkových kategorií. Během života se někdy projeví velká deprese u 9 až 26 % žen a 5 - 12 % mužů. Prevalence této poruchy se udává 4,5 - 9,3 % u žen a 2,3 - 3,2 % u mužů. Poměr mužů a žen trpících depresivní poruchou je zhruba 1 : 2. Prevalence bipolární poruchy je přibližně 1 % populace bez rozdílu

² Více AMEN, D. G. *Nikdy není pozdě*. 1. vyd. Praha : Ikar, 2007. Nejste na to sami, s. 336-339. ISBN 978-80-249-0936-3.

³ SIKORA, J. *Depresivní poruchy* [online]. 23. 1. 2003 [cit. 2009-06-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.ereska.cz/clanky/deprese.html>>.

⁴ Více PRAŠKO, J. *Praktické uplatnění kognitivně behaviorální terapie* [online]. [cit. 2009-28-10]. Dostupný z WWW: <http://www.kbtinstitut.cz/materialy/jano/prasko_mozny_slepecky_depresivni_porucha.pdf>.

pohlaví. Provedené epidemiologické studie udávají, že celosvětově trpí depresivními poruchami každý rok asi 100 milionů lidí.⁵

Míra výskytu depresivní poruchy je ovlivňována kulturními tradicemi. Nejméně depresivních jedinců žije v Japonsku a Číně (1 – 2 %), nejvíce v Chile (27,3 %). Ve Velké Británii, Nizozemsku a Francii je výskyt deprese u jedinců v rozmezí 12 – 15 %.⁶ V České republice pociťuje 20 % až 25 % lidí určité příznaky deprese. Dle statistických údajů jsou ženy postihovány depresí o 100 % více než muži.⁷

1.3 Kdo je zranitelný vůči depresivní poruše

Dříve byla depresivní porucha spojována výhradně se staršími jedinci. V současnosti věková hranice pro propuknutí deprese značně klesá a tím zvyšuje procentuální hodnoty výskytu deprese. Vyskytuje se především u lidí v produktivním věku.

Na vzniku depresivní poruchy se podílí řada biologických a sociálních vlivů, které vytvářejí příhodné období pro vznik depresivního onemocnění. V některých rodinách je větší míra vrozené zranitelnosti. Depresivní porucha je častější u lidí, kteří mají narušený životní styl, nedostatek spánku a pravidelného tělesného pohybu, jsou pracovně vytíženi. Cítí se v existenčním vakuu a osamělí. Vyskytuje se u lidí po rozvodu či u lidí, kteří žijí v dysfunkčních rodinách (50 % lidí v depresi nemá dobré vztahy v rodině). Depresi mohou způsobit i sociálně – kulturní faktory, jako je život v politicky nestabilních zemích, bídě a v utlačovaných menšinách. Lidé pocházející z nižších sociokulturních poměrů jsou postihováni depresí z větší míry než lidé ze středních tříd.

Takzvaná Depression Prone Personality (osobnost se znaky vyšší citové zranitelnosti) dle Fredericha Flacha (1974) se vyznačuje tím, že je jedinec nadměrně citlivý (hypersenzitivní) a více zranitelný (vulnerabilní), má vyšší míru morální

⁵ ANDERS, M., et al. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. Definice základních pojmů a diagnostika, s. 23. ISBN 80-7262-306-0.

⁶ Více SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. Speciální psychiatrie, s. 202. ISBN 80-7367-154-9.

⁷ Více KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 2., rozšíř. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. Co je deprese, s. 13. ISBN 80-247-0575-3.

odpovědnosti, více životní energie, je vysoce ambiciózní, je ve větší míře soutěživý a až příliš závislý na lidech, kterých si váží.

Citlivější jedince, kteří reagují na jakékoliv změny tlaku či počasí, postihují tzv. SAD – Seasonal Affective Disorders – sezónní emocionální potíže. Tyto obtíže postihují 5 – 6 % obyvatel.⁸

Stres má značný podíl na rozvoji poruchy nálady. Bývá tzv. spouštěčem. Organismus odpovídá stresem na případné ohrožení své rovnováhy. Pokud je stres dlouhodobého rázu, mění se rovnováha neuromodulátorů (noradrenalinu, dopaminu a serotoninu) v mozku a vzniká porucha nálady.

Deprese však může vzniknout i poškozením či onemocněním mozku, po prodělání infekce, při nedostatečné rovnováze některých důležitých hormonů v těle (alterace funkce štítné žlázy, poporodní období, klimakterium), účinkem některých farmak. Depresi mohou způsobit zejména antikoncepční přípravky, léky proti chronické bolesti či na úpravu krevního tlaku nebo srdeční činnosti. Depresi může vyvolat také nadměrná konzumace alkoholu či drog.

⁸ Více KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi. 2.*, rozšíř. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. Jak dochází k depresi?, s. 29. ISBN 80-247-0575-3.

2 Etiopatogeneze a symptomatologie a deprese

Etiopatogeneze (soubor příčin, které vedou ke vzniku onemocnění) depresivní poruchy nemá doposud své jasné opodstatnění. Můžeme konstatovat, že je multifaktoriálně podmíněna. Deprese vzniká z mnoha příčin. Depresivní poruchu způsobuje nedostatek neuromediátorů v mozku (především noradrenalinu, dopaminu a serotoninu). Důsledkem tohoto deficitu vzniká patologická transformace citlivosti mozkových receptorů. Nemocný jedinec tento stav pociťuje především v celkové únavnosti, poklesu energie, zpomalení pohybů a myšlení, nesoustředěnosti, sužují ho negativní emoce a myšlenky.

Na rozvoji deprese se různou měrou spolupodílejí biologická, psychologická a sociální hlediska, která tvoří biopsychosociální model zdraví.

2.1 Biologické faktory

Nejvýznamnější dosavadní poznatky o etiologii deprese pocházejí z oblasti biologické (genetické faktory, vliv stresu, chronobiologická hlediska), imunoneuroendokrinní a neurochemické. Jednotlivé oblasti jsou ve vzájemném propojení a navzájem se ovlivňují.

2.1.1 Neuroanatomické nálezy

Emoce a náladu ovlivňují především činnosti thalamu (první část mezimozku), limbického systému, prefrontální kůry (je zde pracovní paměť, její funkcí je udržení aktivity jiných reprezentací) a spojů mezi nimi. Dále se na emotivitě podílí vegetativní nervový systém, a to hlavně prostřednictvím hypothalamu, který obstarává chod doprovodných tělesných projevů afektivity. Limbický systém neboli centrum nálady a mezilidských vztahů zastává důležitou roli v interpretaci každodenních událostí jedince. Špatná funkce limbického systému se projevuje negativním laděním, depresemi, snížením motivace, energie a libida.

2.1.2 Neurofyziologické abnormality

Elektroencefalografické záznamy (EEG – neurologická vyšetřovací metoda zobrazující mozkové elektrické potenciály a jejich transformace) poukazují na to, že u nejtěžších forem depresivních pacientů dochází ke změnám v tzv. REM fázi (rapid

eye movement – rychlé pohyby očí), k poruchám kontinuity spánku, k časnému rannímu probouzení atd. U běžné populace dochází k REM – fázi spánku po 9 minutách od usnutí. A vyskytuje se po dalších 90 minutách. U pacientů trpících depresivní poruchou se REM – fáze spánku dostaví dříve a její výskyt je v průběhu spánku častější.

2.1.3 Genetické nálezy

Prostřednictvím genetických dispozic může jedinec zdědit větší citlivost na psychickou zátěž. Genetické faktory tedy nejsou samy o sobě dostačující pro vznik depresivního onemocnění. Kromě fyzické dědičnosti zmiňují psychologové i sociální či psychickou dědičnost. V této dědičnosti dominuje sociální kontakt, který navazuje jedinec v depresi s ostatními lidmi.

2.2 Psychosociální faktory

Psychosociální faktory zastávají důležitou roli při vzniku depresivní poruchy, mohou ji udržovat či prohlubovat.

Na vzniku depresivních onemocnění se u pacientů podílejí závažné, nezvratné události v jejich životě, které jsou pro další vývoj osobnosti velice zásadní. Ze společenského hlediska jsou významné pro rozvoj deprese především manželské problémy, finanční potíže, starosti v zaměstnání, nefunkční rodina. Mohou to být traumatické zážitky z dětství (pohlavní zneužívání, týrání, ztráta rodiče), které mohou v průběhu času zvyšovat tendenci k rozvoji duševní poruchy.

„V řadě studií byl opakovaně prokázán vztah mezi sexuálním a nebo tělesným zneužíváním v dětství a vznikem deprese v dospělosti u žen (Brown a Eales 1993, Gainefski et al. 1990, Webster - Stratton et al. 1989, Bifulco et al. 2000). Jiné, méně specifické typy stresorů v dětství „senzitivizují“ ženy ke vzniku deprese v dospělosti (Hammen et al. 1997). V dalších studiích zkoumajících negativní životní události v dětství typu „ztráty“ bylo zjištěno, že rozvod rodičů v dětství jedince predikuje vznik deprese v dospělosti, avšak úmrtí rodiče v dětství jedince nikoli (Rogers a Hope 1997, Tennant 1988). Z uvedených nálezů se usuzuje, že zážitek signifikantních negativních

životních událostí v dětství je významným prediktorem pro vznik deprese v dospělosti.“⁹

2.2.1 Psychodynamické teorie

„Základním konceptem se stal Freudův výklad, který považuje depresi za projev ztráty milovaného objektu. U postiženého jedince došlo sice k odvrácení pozornosti od ztraceného objektu, ale depresi prožívající nemocný si tzv. narcistickou identifikací přenesl ztracený objekt do vlastního Já. A právě k vlastnímu Já poté zaujímá stejný postoj jako k opuštěnému objektu a je nutno podotknout, že se jedná především o projevy agresivní (deprese = autoagrese). Současné psychoanalytické směry se zabývají vlivem časně mateřské deprivace a sklony k depresi.“¹⁰

2.2.2 Kognitivně-behaviorální teorie

Tyto teorie vycházejí z tzv. naučené bezmocnosti. Postižený jedinec, na kterého působí určitá stresová zátěž, neumí této situaci předcházet, nesnaží se ji určitým způsobem zvládnout, poddává se jí a uzavírá se do sebe. Beckův kognitivní model deprese se zakládá na tom, že si jedinec na základě životních událostí vytvoří určitá pravidla o své osobě a o světě. Jedinec neumí říci ne, snaží se vyhovět ostatním. Je přesvědčen, že jeho život závisí především na úspěchu a že musí být milován, aby byl šťasten. Problém nastane, pokud se dostaví nějaký stresující zážitek, neúspěch či odmítnutí. Tyto situace mohou vyvolat depresi a negativní myšlenky. „Tyto myšlenky pak vedou k dalším příznakům deprese: behaviorálním (snížená aktivita, stažení se), motivačním (ztráta zájmu, apatie), emočním (úzkost, sebeobviňování), kognitivním (zhoršená koncentrace, nerozhodnost) a tělesným (ztráta chuti k jídlu, nespavost). Jak se deprese rozvíjí, negativní automatické myšlenky jsou stále častější a intenzivnější a postupně vytlačují schopnost uvažovat racionálně. Tento proces je posilován stále se prohlubující depresivní náladou. Tím se vytvoří bludný kruh.“¹¹

⁹ HERMAN, E.; DOUBEK, P. *Deprese a stres*. Praha : Maxdorf, 2008. Charakteristika negativních životních událostí, s. 14. ISBN 978-80-7345-157-8.

¹⁰ ANDERS, M., et al. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. Etiologie a patogeneze depresivní poruchy, s. 55. ISBN 80-7262-306-0.

¹¹ ANDERS, M., et al. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. Etiologie a patogeneze depresivní poruchy, s. 56-57. ISBN 80-7262-306-0.

Bludný kruh deprese

Depresivní emoce podněcují depresivní tělesné projevy, které následně vedou k depresivnímu chování, jež si nemocný jedinec vykládá dalšími depresivními myšlenkami. Čím více se člověk cítí depresivní, tím více se mu v jeho hlavě objevují depresivní myšlenky. Tyto intenzivní depresivní myšlenky pak způsobují, že jim nemocný jedinec věří natolik, že dochází k prohlubování depresivní nálady.

2.3 Klinické projevy depresivní poruchy (symptomatologie)

Deprese neboli patologicky skleslá nálada je doprovázena sníženou aktivitou a energií. Ovlivňuje náladu, myšlení, psychomotoriku a mimiku. U jedince se vyskytuje smutek, který je odlišný od běžného smutku. Permanentně špatná nálada je prvním indikátorem pro diagnostikování deprese. Dle intenzity můžeme rozlišovat depresivní epizodu mírnou, středně těžkou, těžkou a těžkou s psychotickými příznaky. Rozpoznat stupeň závažnosti depresivní poruchy je obtížné. Přihlíží se k počtu příznaků a formě závažnosti.

Obvyklá jsou ranní pesima – stav, kdy pacient pocítuje úzkost a vyčerpání již po probuzení a má strach z nového dne. Je pro něj náročné přimět se vstát a zahájit den běžnou činností typu ranní hygieny. Trpí zhoršenou koncentrací, nedokáže setrvat v soustředění po delší dobu, snadno se unaví. Selhává v řešení běžných i rutinních úkonů. Narušená koncentrace může vyvolat výpadky paměti. Myšlení je převážně pesimistické. Provázejí ho výčitky a sebeobviňování. Nedokáže prožívat radostné emoce (anhedonie), ztrácí veškerý zájem o okolní dění (apatie), o koníčky a činnosti, které ho dříve činily šťastným. Prožívá pocity bezmoci, beznaděje a ztrátu životní energie. Jedinec s úzkostně-depresivní poruchou reaguje na podněty hněvem nebo lítostí. Přes velký smutek není schopen pláče. Vyskytují se poruchy spánku. Jedinec má problémy s usínáním, spánek je nekvalitní a přerušovaný.

U osob s depresivní poruchou se mění psychomotorické tempo. Projevuje se agitovaností, neklidem, neposedností nebo inhibicí. Může se vyskytnout celkové zpomalení v řeči, myšlení a gestikulaci. Vážne sociální komunikace. Depresi může doprovázet plačtivost (lakrimozita), podrážděnost (iritabilita), úzkost (anxieta).

Depresivní porucha je často doprovázena somatickými symptomy. Nemocný může pocítovat tělesné příznaky, jako je únava, poruchy spánku, vyčerpání, ztráta chuti

k jídlu, ztráta libida, hubnutí, zácpa, bolesti hlavy či jiných částí těla. Ztrácí důvěru v sebe samého, cítí se na světě zbytečný, pocíťuje vinu a trpí komplexem méněcennosti. Vyskytují se časté suicidální úvahy. U jedinců s depresivním onemocněním je třicetkrát vyšší riziko sebevraždy než u ostatní populace. U těžkých depresivních fází se můžeme setkat s tzv. psychotickými příznaky. Vyskytují se halucinace, bludy a stupor (stav strnulosti).

2.4 Průběh depresivní poruchy

Depresivní epizoda trvá v průměru 4 - 6 měsíců, neléčená epizoda 6 - 12 měsíců. Depresivní porucha může během léčby vést k rekurenci (opětovný návrat).

„U 50 % pacientů, kteří dosáhli remise, dochází k relapsu či rekurenci do 2 let a do 6 let je to dokonce u 90 % pacientů. (Keller et al. 1996, Coryell et al. 1994). Po prodělání jedné depresivní epizody je riziko vzniku další epizody v průběhu života 50 % a po 4 epizodách dokonce 90 %. (Thase 1990). Průběh periodické depresivní poruchy je charakterizován zkracováním intervalů mezi epizodami. Pacienti s reziduálními depresivními symptomy jsou ohroženi čtyřikrát vyšším rizikem relapsu oproti pacientům, kteří dosáhli kompletní remise (Paykel et al. 1995).“¹²

Relaps znamená znovunavrácení do té samé nedoléčené depresivní fáze. Pokud dojde v období relapsu k rozvoji nové epizody, nazývá se toto období recidivou. Pro první unipolární epizodu deprese je charakteristické, že se může projevit kdykoliv bez závislosti na věku. Bipolární afektivní porucha nejvíce postihuje jedince kolem věku 20 let.¹³

2.5 Diagnostika deprese

I přes značnou celosvětovou informovanost o problematice deprese zůstává stále hlavním problémem brzy ji odhalit, správně diagnostikovat a poté léčit. Pokud jsou klasické příznaky deprese jednoznačně prokazatelné, je možné depresi rozpoznat včas.

¹² PRAŠKO, J. *Praktické uplatnění kognitivně behaviorální terapie* [online]. [cit. 2009-18-10]. Dostupný z WWW: <http://www.kbtinstitut.cz/materialy/jano/prasko_mozny_slepecky_depresivni_porucha.pdf>.

¹³ Více ANDERS, M., et al. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. Definice základních pojmů a diagnostika, s. 27. ISBN 80-7262-306-0.

Je třeba odlišit primární depresi (vlastní afektivní poruchu) od symptomatické deprese, která vznikla v důsledku jiného onemocnění.

Diagnóza se stanovuje na základě anamnestických údajů pacienta a může být doplněna o psychologické testy, eventuálně laboratorní metody. Lékaři vedou s pacienty formalizovaný rozhovor, na jehož základě mohou zmapovat základní příznaky deprese. Dalšími alternativami jsou posuzovací psychiatrické škály depresivity, jako například: Beckova posuzovací škála deprese (BDI).

Základními příznaky deprese jsou:

- skleslá nálada;
- myšlenky na sebepoškození a sebevraždu;
- nespavost nebo naopak zvýšená spavost;
- snížená chuť k jídlu;
- smutný a pesimistický pohled do budoucnosti;
- pocity viny a bezcennosti;
- snížená schopnost na něco se soustředit;
- snížené sebevědomí a sebedůvěra;
- podstatně nižší životní energie.

Pro diagnostikování deprese je zapotřebí, aby potíže přetrvávaly nejméně po dobu dvou týdnů.

Depresivní poruchu může doprovázet i somatický syndrom (výskyt několika příznaků najednou). Mezi jeho příznaky patří:

- ztráta zájmu nebo ztráta radosti z aktivit, které jsou normálně příjemné;
- ranní probouzení o dvě hodiny (i více) dříve než obvykle;
- ranní pesimum depresivní nálady;
- objektivní průkaz jasného psychomotorického zpomalení nebo agitovanosti;
- výrazná ztráta chuti k jídlu;
- úbytek hmotnosti (5 % tělesné hmotnosti v posledním měsíci);
- přírůstek hmotnosti;

Aby byl klasifikován somatický syndrom, je třeba přítomnosti nejméně čtyř příznaků současně.¹⁴

Níže uvádím definici dle DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association – Diagnostická a statistická příručka americké psychiatrické společnosti – třetí revidovaná verze). Cílem tohoto dokumentu je standardizace psychických diagnóz. Zabývá se klasifikací a statistickou stránkou mentálních poruch. Liší se od Mezinárodní klasifikace nemocí převážně svým podrobným výkladem a je konkrétnější.

„Aby v určitém případě mohl být stav daného člověka diagnostikován jako deprese, pak se zde nutně musí vyskytovat souběžně minimálně pět z dále uvedených devíti příznaků:

1. depresivní nálada,
2. snížený zájem o běžnou činnost,
3. ztráta chuti k jídlu,
4. nespavost,
5. zpomalení pohybů i myšlení,
6. ztráta životní energie,
7. pocit snížené vlastní hodnoty a viny,
8. snížená schopnost myslet a zhoršené soustředění,
9. sebevražedné myšlenky či aktivita k tomu směřující.¹⁵

Každý nemocný jedinec trpící depresí vyžaduje individuální přístup a cílenou léčbu. Lékaři by měli především nalézt základní problém, který je hlavní příčinou potíží, a neléčit pouze příznaky.

¹⁴ Vice ANDERS, M., et al. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. Definice základních pojmů a diagnostika, s. 31-32. ISBN 80-7262-306-0.

¹⁵ KRĪVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 2., rozšíř. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. Jak mi je, s. 21. ISBN 80-247-0575-3.

3 Klasifikace depresivního onemocnění

3.1 Třídění dle Mezinárodní klasifikace nemocí

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) je publikace vydávaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Má formu číselného seznamu, ve kterém jsou jednotlivé nemoci pod konkrétním číselným kódem definovány. V současné době je v platnosti její desátá revize. Oddíl duševních poruch a poruch chování bývá doplňován a obměňován nejčastěji. Tento oddíl je ovlivňován Diagnostickou a statistickou příručkou (DSM), která je vydávaná Americkou psychiatrickou společností (APA).

Mezinárodní klasifikace nemocí je během diagnostikování obligatorní a ve zdravotnictví nepostradatelná. Na základě rozšiřování poznatků ve vědních oborech se změnilo nazírání na členění poruch afektivity, a proto současná 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí již neobsahuje dělení na tzv. endogenní a exogenní poruchy. Byla tak vytvořena samostatná skupina Poruchy nálady (Afektivní poruchy) F30 - F39. „Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) řadí deprese mezi poruchy nálady (tzv. afektivní poruchy).

Uvádí je zejména v rámci:

1. bipolární afektivní poruchy (přítomny jsou epizody manické a depresivní);
2. depresivní epizody (podle množství příznaků a jejich intenzity se dělí na mírné, střední a těžké);
3. rekurentní depresivní poruchy (opakující se depresivní epizody);
4. trvalé poruchy nálady (např. dystymie);
5. jiných poruch nálady (např. rekurentní krátká depresivní porucha).¹⁶

¹⁶ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3., aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2003. Psychoterapie, s. 247. ISBN 80-7178-740-X.

3.1.1 Diagnostická kritéria depresivní poruchy dle MKN – 10

„Základní příznaky:

- depresivní nálada je takového stupně, že je pro jedince nenormální, musí být přítomná po většinu dne a téměř každý den po dobu alespoň dvou týdnů, přičemž není ovlivněna okolnostmi;
- ztráta zájmů a radosti z aktivit, které jedince obvykle těší;
- snížená energie a aktivita nebo zvýšená únavnost.

Přídavné příznaky:

- ztráta sebedůvěry a sebeúcty, sebedoceňování;
- pocity provinění a sebevčítky, sebeobviňování;
- vracejí se myšlenky na smrt nebo na sebevraždu nebo jakékoliv sebevražedné jednání;
- neschopnost myslet nebo se soustředit, jako je např. nerozhodnost a váhavost;
- změna psychomotorické aktivity s psychomotorickou retardací nebo agitovaností;
- poruchy spánku jakéhokoliv druhu (insomnie nebo hypersomnie);
- změna chuti k jídlu (snížená nebo zvýšená) s odpovídající změnou tělesné hmotnosti.

Pro diagnózu mírné depresivní epizody je nezbytná přítomnost alespoň 2 ze 3 základních a dalšího či dalších přídavných příznaků, aby byly celkem přítomny nejméně 4 z celkových 10 příznaků po dobu minimálně 14 dnů.

Pro diagnózu středně těžké depresivní epizody je nezbytná přítomnost alespoň 2 ze 3 základních a dalších přídavných příznaků, aby bylo celkem přítomno alespoň 6 z celkových 10 příznaků po dobu minimálně 14 dnů.

Pro diagnózu těžké deprese je nezbytná přítomnost všech 3 základních a více přídavných, dohromady 8 z celkových 10 příznaků po dobu minimálně 14 dnů.

Jsou-li zřetelně vyjádřeny důležité příznaky, jako agitovanost nebo zpomalení, nebude asi pacient ochotný nebo schopný podrobně popisovat příznaky. V takovém případě je oprávněná diagnóza těžké depresivní epizody. Dalším kritériem je

přítomnosti psychotických příznaků (halucinace většinou s výsměšným nebo odsuzujícím obsahem, bludy provinění, méněcennosti, hrozící katastrofy, nihilistické, hypochondrické, vztahovačné, perzekuční).“¹⁷

3.2 Druhy depresí

Mírná depresivní epizoda

Většinou začíná spolu s nějakou stresovou situací. Jedinec pociťuje úzkost, necítí se dobře, uzavírá se do sebe. Je schopen docházet do práce, plnit úkoly a povinnosti, ale se sníženým výkonem. Léčba je ambulantní, v některých případech stačí změnit dosavadní způsob života.

Středně těžká depresivní epizoda

Jedinec pociťuje nedostatek energie, ztrácí zájem o sexuální život, izoluje se od okolního světa. Je ze své situace nešťastný, dává si za vše vinu, nedokáže se soustředit na běžné záležitosti. Pro svůj snížený a zpomalený výkon není schopen plnit své pracovní povinnosti. Projevují se tělesné příznaky. Léčení postupuje jedinec v pracovní neschopnosti ambulantně, pokud vykazuje sebevražedné myšlenky, je vhodná hospitalizace.

Těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků

Postiženého sužují černé myšlenky a výčitky svědomí, nevykonává žádnou aktivitu, jelikož v ní postrádá smysluplnost, a ztratil veškerou životní energii. Nachází se v hlubokém útlumu, není schopen postarat se sám o sebe. Může se u něho vyskytnout agitovaná forma těžké deprese, což se vyznačuje neklidem a dezorganizovaným chováním, nebo naopak jsou jeho pohyby, myšlení a mluva zpomalené. Hospitalizace u této formy deprese je samozřejmostí.

¹⁷ ANDERS, M., et al. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. Příloha A, s. 263. ISBN 80-7262-306-0.

Těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky

Melancholie, nejvážnější podoba těžké deprese, je doprovázena halucinacemi a bludy. Bludy mohou být mikromanické („jsem nejhorší člověk na světě“), hypochondrické („nemám ledviny“), vztahovačné („ošetřující lékaři mně zaměňují léky za jedy“). Postižený shledává, že jediné východisko z jeho tíživé situace je smrt.

Jednotlivé odborné publikace, zabývající se depresivními poruchami, se ve výše uvedeném členění nerozcházejí a podávají srozumitelný výklad těchto jednotlivých forem deprese. Je nutné ale podotknout, že v těchto odborných publikacích se nachází značné rozdíly v ostatním možném členění typů depresí. Proto v následující podkapitole uvádím výčet dalšího možného dělení depresí dle J. Praška z publikace *Deprese a jak ji zvládat*.

3.3 Další členění depresí

Dystymie

Jedná se o méně závažný typ deprese. Týká se zhruba 3 % lidí. Příčinou je nadměrný stres. Charakterizuje ji zejména neschopnost projevít opravdovou radost, neschopnost řešit problémy každodenního života. Projevuje se poruchami spánku, únavou, celkovou skleslostí. Začíná v rané dospělosti, příznaky přetrvávají dlouhou dobu, v některých případech i celý život. Léčba je obdobná jako u depresivních poruch.

Sezónní deprese

Jedná se o druh deprese, která vzniká snížením intenzity denního světla v podzimních a zimních měsících. Projevuje se depresivní náladou, zhoršením výkonnosti a únavou. Jedinci pociťují zvýšenou chuť na uhlohydráty, přibývají na váze a trpí zvýšenou spavostí. Sezónní deprese je velmi dobře léčitelná pomocí fototerapie. Jedná se o aplikování světla v ranních hodinách při intenzitě více než 2000 luxů.

Mezi další druhy deprese patří: rekurentní krátká depresivní porucha, rekurentní depresivní porucha, larvovaná deprese, poporodní deprese, deprese v menopauze atd.¹⁸

¹⁸ Více PRAŠKO, J. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha : Portál, 2003. Jak porozumět depresi, s. 30-45. ISBN 80-7178-809-0.

4 Výzkumná část

4.1 Odůvodnění výzkumu

Depresivní onemocnění bude v budoucnosti vykazovat zvyšující se tendenci a zařadí se tak mezi nejvíce rozšířená populační onemocnění. Jednotlivé vědecké obory, které se zabývají problematikou depresivního onemocnění, vyvíjejí svou činnost směrem k větší informovanosti a prevenci duševních onemocnění. I přesto jsou někteří jedinci vůči informovanosti ohledně depresivního onemocnění zdrženliví, nepřipouštějí si možnost propuknutí deprese právě u nich samotných. Proto bylo mým záměrem zmapovat výskyt depresivních obtíží u studentů Univerzity Pardubice.

4.2 Metodologie výzkumu

Výzkumné šetření bylo provedeno prostřednictvím kvantitativního výzkumu. Byla zvolena dotazníková metoda, konkrétně Beckova posuzovací škála deprese.

Dotazníkovou metodu jsem zvolila především proto, že se řadí k nejběžnějšímu způsobu sběru dat. Tato metoda je z finančního hlediska jednou z nejlevnějších výzkumných metod. Dobře zpracovaný dotazník umožňuje respondentovi snadnou orientaci a jednoduchost jeho vyplnění. Údaje z dotazníku se jednoduše zpracovávají a vyhodnocují.

V úvodu dotazníku byli respondenti požádáni o jeho vyplnění. Byli seznámeni s důvodem vzniku dotazníkového šetření a jeho smyslem - použití výsledků výzkumu do bakalářské práce.

Strukturovaný dotazník zahrnoval 26 otázek, z nichž dvě otázky byly uzavřené (pohlaví, věk), tři otázky otevřené (název fakulty, oboru a uvedení ročníku). Ostatních 21 otázek tvořilo Beckovu posuzovací škálu deprese, která představovala skupinová tvrzení, z nichž měl respondent vybrat právě to, které ho charakterizuje v den vyplňování dotazníku. Jednalo se o výběrové otázky.

Beckova posuzovací škála deprese (Beck Depression Inventory - BDI)

Jedná se o nejpoužívanější dotazník deprese, který se vyhodnocuje jedenkrát týdně. Pomáhá stanovit, zda se v konkrétním případě jedince jedná o depresi, a určí intenzitu depresivního onemocnění. Společně s rozhovorem dává možnost náhledu na pacientovy problémy.

Instrukce k vyplňování dotazníku: respondent označí z každé skupiny výroků ten, který nejlépe popisuje jeho pocity v den vyplňování. Po vyplnění dotazníku následuje vyhodnocení. Všechny body je nutno sečíst. Celkový číselný údaj (celkové skóre) udává míru deprese. Jednotlivé publikace uvádějí u této stupnice mírně odlišné rozmezí bodového ohodnocení. Pro toto výzkumné šetření byla použita Beckova posuzovací stupnice deprese z publikace J. Praška. *Deprese a jak ji zvládat*. Beckova posuzovací škála deprese je součástí přílohy č. 1.

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Dotazník byl rozeslán v letním semestru (2008/2009) a zimním semestru (2009/2010) mezi studenty Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice prostřednictvím elektronické pošty a v tištěné podobě. Do výzkumu byly zahrnuty první, druhé a třetí ročníky výše uvedených fakult. Věkové kategorie respondentů byly 18 - 20, 21 - 23, 24 a více let. Výzkumné části se v letním semestru zúčastnilo 220 respondentů, v zimním semestru 226 respondentů.

4.4 Cíle výzkumu

Výzkumným cílem této bakalářské práce bylo na základě Beckovy posuzovací škály deprese vyhodnotit četnost a intenzitu výskytu depresivního onemocnění u studentů Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice. Pro výzkumnou část jsem stanovila pět následujících hypotéz.

4.5 Stanovení hypotéz

H1: Počet výskytu depresí u studentů UPa se zvyšuje se studiem ve vyšších ročnících.

H2: Studenti UPa pociťují deprese v zimním studijním období ve větší intenzitě než v letním studijním období.

H3: Studenti UPa vykazují nižší výskyt depresivního onemocnění než studentky UPa.

H4: Výskyt deprese je u studentek UPa častější v letním studijním období než v zimním studijním období.

H5: Studenti Fakulty filozofické UPa jsou v rámci akademického roku vystaveni většímu riziku výskytu deprese než studenti Fakulty ekonomicko-správní.

4.6 Popis průběhu sběru dat

Výzkum prostřednictvím dotazníkového šetření probíhal ve dvou fázích. První fáze započala v letním semestru akademického roku 2008/2009, přesněji v rozmezí od 26. 03. 2009 do 16. 04. 2009, a druhá fáze proběhla v zimním semestru akademického roku 2009/2010 v období od 19. 11. 2009 do 06. 12. 2009. Dotazníky byly rozeslány elektronickou poštou na společné adresy studijních odborů Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice. Dotazníky v tištěné podobě jsem předávala studentům k vyplnění osobně. V zimním semestru mi s distribucí dotazníkového šetření studentům pomáhala PhDr. Jana Křišťálová.

Jak již bylo výše uvedeno, výzkumu v letním semestru se zúčastnilo 220 respondentů a v zimním semestru se na výzkumném šetření podílelo 226 respondentů.

Počáteční fáze sběru dat byla dosti obtížná. Studenti (respondenti) Univerzity Pardubice nevykazovali očekávanou ochotu spolupracovat, především prostřednictvím elektronické pošty. Pokud byl respondentům předán dotazník v tištěné podobě, ochotně spolupracovali.

Některé dotazníky musely být pro jejich neúplné vyplnění (chybějící odpověď, více uvedených odpovědí u skupiny tvrzení, nevyplnění základních údajů) z výzkumného sběru dat vyřazeny. Konečný počet správně vyplněných dotazníků v letním semestru byl 200, stejně tak v semestru zimním. V letním semestru se zúčastnilo 72 studentů a 128 studentek, v zimním semestru 42 studentů a 158 studentek. Nejvíce respondentů v letním a zimním semestru bylo ve věkovém rozmezí od 21 – 23 let.

Respondentům, kteří projeví zájem o vyhodnocení Beckovy posuzovací škály deprese, byly odeslány výsledky prostřednictvím elektronické pošty. Respondenti, kteří na tištěný dotazník uvedli své jméno, byli taktéž seznámeni se svým výsledkem. V opačném případě byly dotazníky anonymní. Někteří respondenti mně prostřednictvím

elektronické pošty spolu s odeslaným dotazníkem sdělili, že již v minulosti byli na depresivní onemocnění léčeni či se v současné době stále léčí. Respondentům, u kterých byl zjištěn konkrétní druh depresivního onemocnění, jsem odeslala informativní e-mail, ve kterém jsem je seznámila s jejich výsledkem a také jsem jim doporučila vyhledat pomoc v odborných zařízeních.

4.7 Výsledky dotazníkového šetření a jejich interpretace

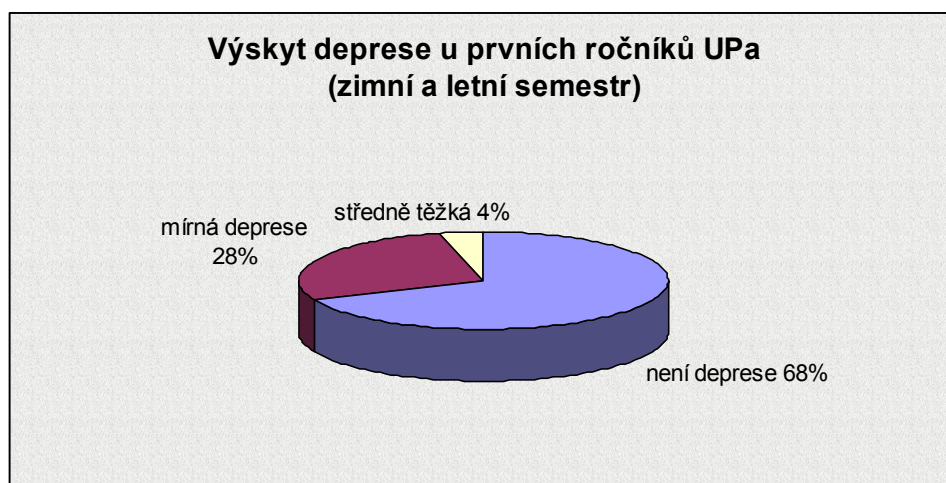
Hypotéza H1: Počet výskytu depresí u studentů UPa se zvyšuje se studiem ve vyšších ročnících.

Respondenti prostřednictvím Beckovy posuzovací škály deprese vybírali ze skupin tvrzení to, které je nejlépe charakterizovalo právě v den vyplňování této škály. Pro verifikaci nebo falsifikaci této hypotézy byla vyhodnocena data z letního i zimního semestru, následně byla sečtena a porovnána.

Výskyt deprese u studentů prvních ročníků

U studentů prvních ročníků Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice se výskyt depresivního onemocnění neprojevil u 68 % dotazovaných, mírná deprese se projevila u 28 % respondentů a zbývající 4 % dotazovaných pociťovala středně těžkou depresi.

Graf č. 1

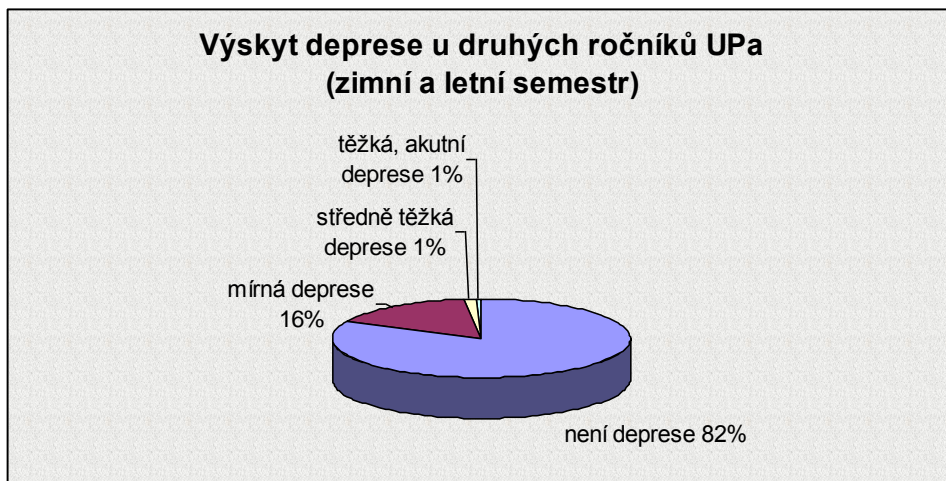


Výskyt deprese u studentů druhých ročníků

Studenti druhých ročníků Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice nevykazovali v 82 % žádný výskyt depresivního onemocnění.

Mírná deprese se projevila u 16 % dotazovaných, středně těžká deprese se vyskytla u 1 % respondentů, stejný počet respondentů, tedy 1 %, vykazovalo těžkou, akutní depresi.

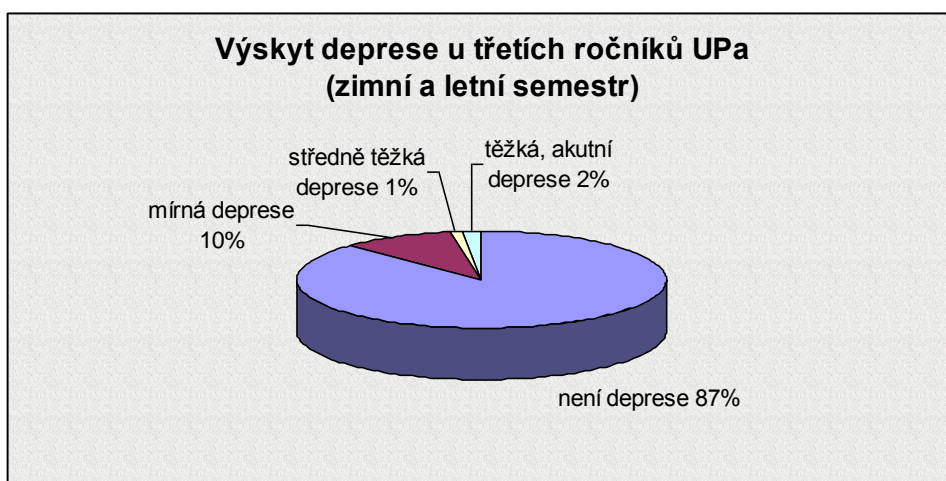
Graf č. 2



Výskyt deprese u studentů třetích ročníků

U studentů třetích ročníků Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice nebylo prokázáno depresivní onemocnění u 87 % dotazovaných. 10 % respondentů pociťovalo mírnou depresi, středně těžká deprese se vyskytla u 1 % dotazovaných a těžká, akutní deprese, byla zjištěna u 2 % respondentů.

Graf č. 3



Po sečtení výskytu jednotlivých druhů depresí u studentů všech tří ročníků Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice byly vyhodnoceny následující údaje :

- určitý typ depresivních obtíží se u studentů prvních ročníků vyskytl u 32 % respondentů;
- u druhých ročníků se depresivní onemocnění projevilo u 18 % respondentů;
- výskyt deprese u studentů třetích ročníků byl shledán u 13 % dotazovaných.

Z toho vyplývá, že nejvíce jsou ohroženi depresivním onemocněním studenti prvních ročníků, o něco méně jsou depresi vystaveni studenti druhých ročníků a nejméně studenti třetích ročníků.

Lze předpokládat, že studenti, kteří po absolvování středoškolského vzdělání nastoupí na vysoké školy, budou vystaveni mnohem vyšší míře stresu. Jak již bylo výše zmíněno, stres je jedním ze základních spouštěčů depresivního onemocnění. Noví studenti přichází za studiem do často neznámého města. Dochází k odloučení od jejich rodiny a přátel. Na vysoké škole se seznamují s novým systémem vzdělávání (kreditový systém, zkoušková období, členění semestrů atd.), s průběhem a stylem výuky (přednášky, cvičení a semináře) a s akademickými pracovníky.

Výsledky dotazníkového šetření vyvrátily stanovenou hypotézu.

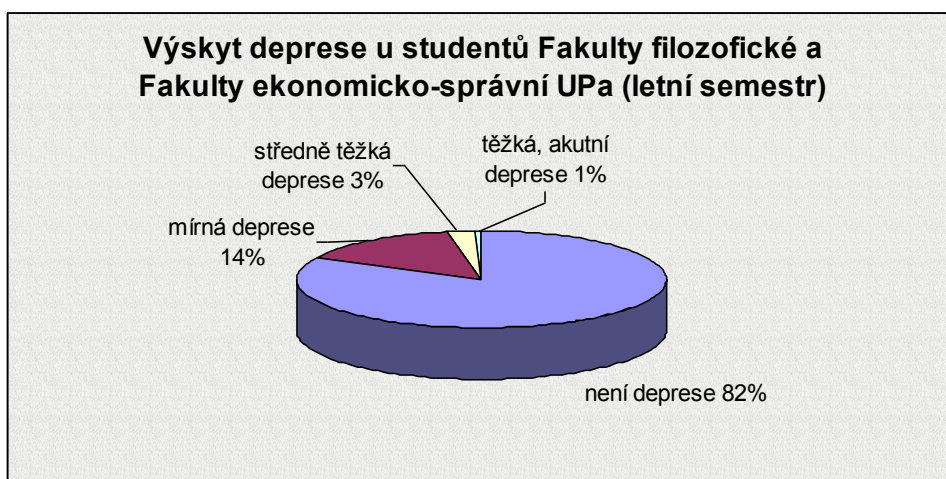
Hypotéza H2: Studenti UPa pociťují deprese v zimním studijním období ve větší intenzitě než v letním studijním období.

V tomto případě byly porovnávány výsledky dotazníkového šetření z letního a následně zimního semestru. Respondenti měli v obou posuzovaných obdobích k dispozici stále stejný typ dotazníku.

Letní studijní období

V období od 26. 03. 2009 do 16. 04. 2009 letního semestru byly studentům rozeslány a rozdány dotazníky. Ze 200 vyplněných dotazníků byly následně vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření. Tyto výsledky nevykazovaly výskyt deprese u 82 % respondentů z řad studentů Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice. 14 % dotazovaných pociťovalo mírnou depresi. U 3 % se vyskytla středně těžká deprese a 1 % dotazovaných vykazovalo těžkou, akutní depresi. Viz graf č. 4.

Graf č. 4

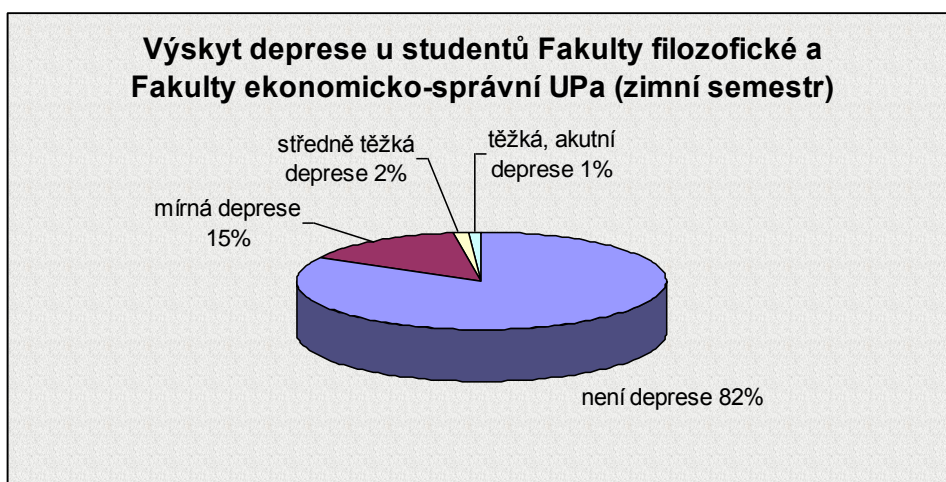


Zimní studijní období

V zimním semestru probíhalo výzkumné šetření v době od 21. 11. 2009 do 04. 12. 2009. Potřebná data ze 200 dotazníků byla získána v kratším časovém úseku.

Vyhodnocená data z dotazníků rozesílaných v zimním semestru studentům Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice nezaznamenala depresivní onemocnění u 82 % respondentů. U 15 % dotazovaných byla zjištěna mírná deprese, středně těžká deprese se vyskytla u 2 % respondentů a u 1 % dotazovaných byla sledována těžká, akutní deprese.

Graf č. 5



Porovnáním procentuálních hodnot výskytu depresivního onemocnění u studentů Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice v letním a zimním semestru došlo k vyhodnocení následujících údajů:

- v letním semestru nepociťovalo depresivní onemocnění 82 % respondentů, 18 % dotazovaných trpělo určitou formu depresivního onemocnění;
- v zimním semestru nebylo prokázáno depresivní onemocnění u 82 % respondentů, určitý typ depresivního onemocnění byl zjištěn u 18 % dotazovaných.

Z výše zmíněných výsledků vyplývá, že nelze jednoznačně říci, ve kterém semestru (letní/zimní) jsou studenti více náchylní k depresivnímu onemocnění. Je známo, že sezónní deprese se u jedinců vyskytuje především v ročních obdobích, jako je podzim a zima, a odeznívá s příchodem jara. Je možné, že právě u těchto 18 % respondentů z řad studentů se tato sezónní deprese vyskytla. V příloze jsou uvedeny grafy, které popisují míru depresivních obtíží u studentů jednotlivých ročníků v průběhu letního a zimního semestru.

Stanovená hypotéza byla falsifikována.

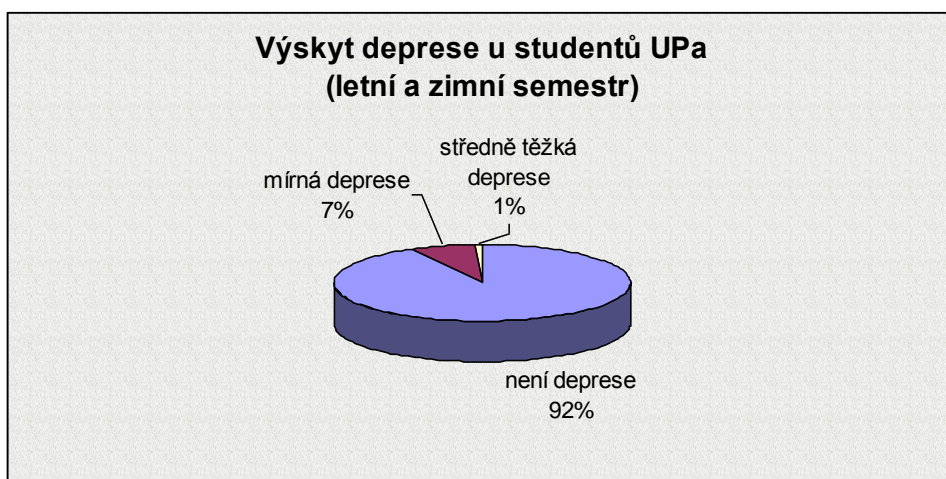
H3: Studenti UPa vykazují nižší výskyt depresivního onemocnění než studentky UPa.

Depresivní onemocnění lze na obou zúčastněných fakultách také vyhodnotit z hlediska pohlaví.

Výskyt deprese u studentů

V průběhu akademického roku nebyla prokázána deprese u 92 % studentů. Mírná deprese byla zjištěna u 7 % dotazovaných studentů, středně těžká deprese se projevila u pouhého 1 % respondentů. Viz graf č. 6.

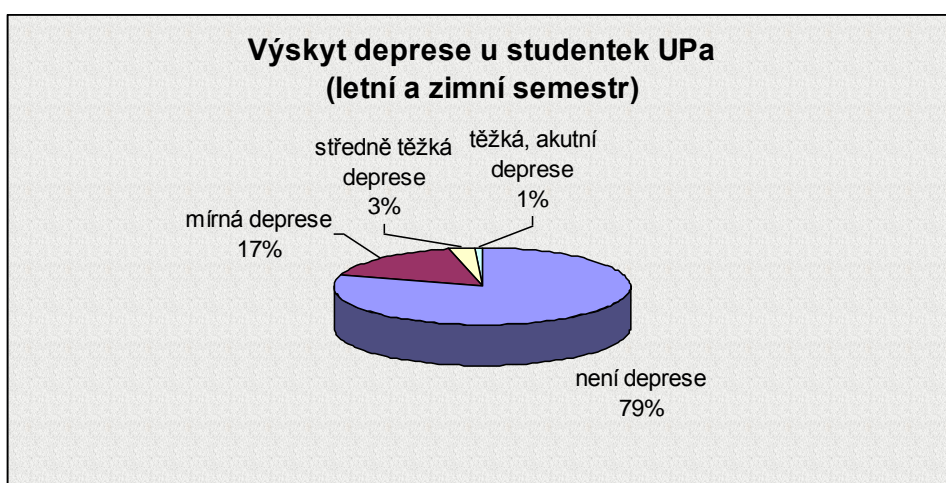
Graf č. 6



Výskyt deprese u studentek

U studentek výzkumné šetření odhalilo všechny tři typy depresivního onemocnění. 79 % dotazovaných studentek netrpělo žádnou formou depresivního onemocnění. 17 % studentek pociťovalo mírnou depresi, středně těžká deprese se projevila u 3 % dotazovaných studentek a těžkou, akutní depresi, vykazovalo 1 % všech zúčastněných studentek.

Graf č. 7



Srovnáním jednotlivých hodnot z letního a zimního semestru u obou pohlaví je možné vyvodit jednotný závěr. Studenty nepostihuje v průběhu akademického roku deprese tolik jako studentky. Potvrdily se zde tedy teze mnoha studií, že depresivní

onemocnění se častěji vyskytuje u žen. Je to také jejich zvýšenou emoční zranitelností a citlivostí. U mužů stále přetrvává jejich tradiční postavení ve společnosti, oni jsou ti silní oproti slabým ženám.

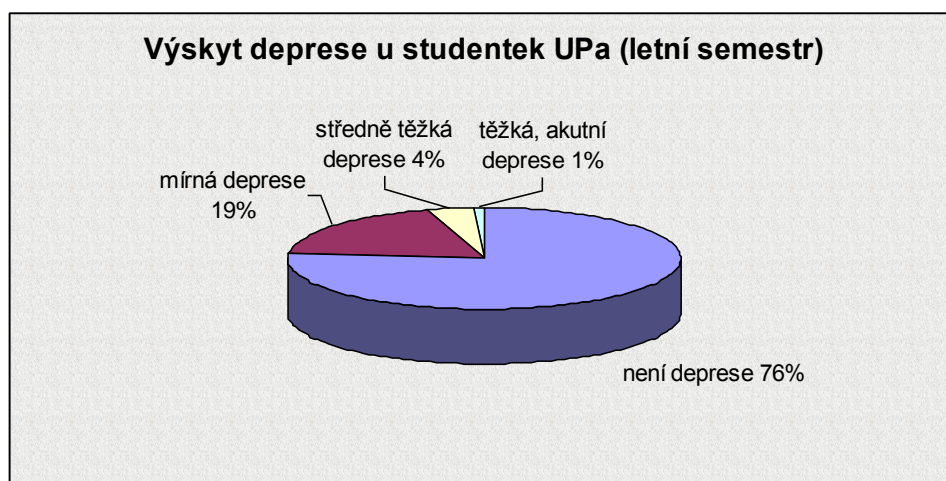
Stanovená hypotéza byla verifikována.

H4: Výskyt deprese je u studentek UPa častější v letním studijním období než v zimním studijním období.

Letní studijní období

Z dotazovaných studentek nevykazovalo v letním semestru depresivní onemocnění 76 %. U 19 % byla zjištěna mírná deprese, 4 % studentek vykazovala středně těžkou depresi a u 1 % dotazovaných byla shledána těžká, akutní deprese.

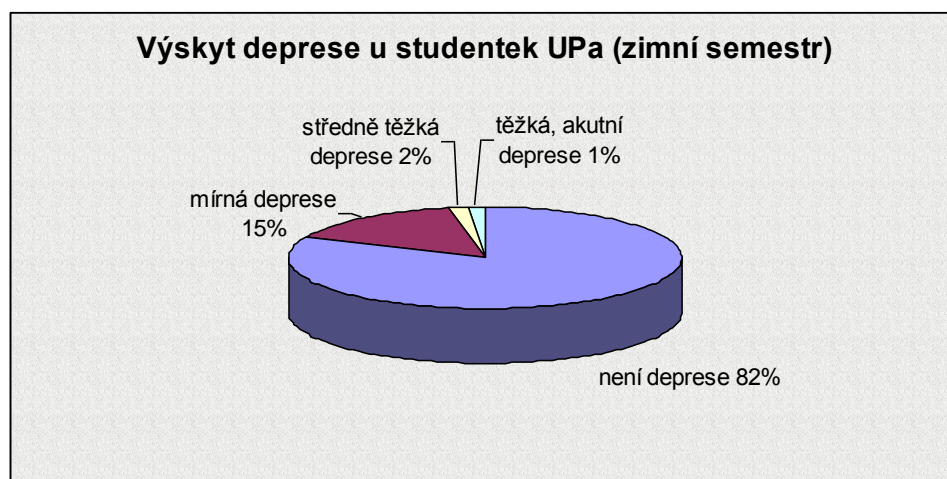
Graf č. 8



Zimní studijní období

V zimním semestru došlo u studentek ke snížení počtu výskytu depresivního onemocnění. U 82 % všech dotazovaných studentek nebylo prokázáno depresivní onemocnění. Mírná deprese se v zimním semestru snížila z 19 % na 15 %, středně těžká deprese klesla ze 4 % na 2 %. Stejný, 1 %, výskyt těžké, akutní deprese, zůstává jak v letním, tak v zimním semestru. Viz graf č. 9.

Graf č. 9



Komparací údajů vyhodnocených z letního a zimního semestru byly zjištěny tyto údaje:

- v letním semestru postihlo depresivní onemocnění v různé intenzitě 24 % dotazovaných studentek. 76 % studentek nevykazovalo přítomnost depresivního onemocnění;
- v zimním semestru se míra depresivního onemocnění snížila oproti letnímu semestru z 24 % na 18 %. U 82 % dotazovaných studentek nebyla zjištěna přítomnost deprese.

Vznik depresivního onemocnění přisuzuje mnoho lidí sychravému podzimnímu a zimnímu období. Ale stejně tak jako v zimních měsících, může být deprese vyvolána i v měsících letních, kdy slunce září a teplota vzduchu převyšuje 20 stupňů. Pokud je venku krásné a slunečné počasí, může tato skutečnost vyvolat u mnohých jedinců, kteří tráví slunečné dny za zdmi svého pracoviště, kanceláře či ve škole v lavici, depresi. Právě ženy jsou nejvíce ohroženy depresivním onemocněním z důvodu nedostatku slunečního světla. Sluneční svit hraje důležitou roli v udržení dobrého psychického stavu člověka, ovlivňuje chemické procesy v mozku, náladu, celkové zdraví a výkonnost.

Hypotéza byla verifikována.

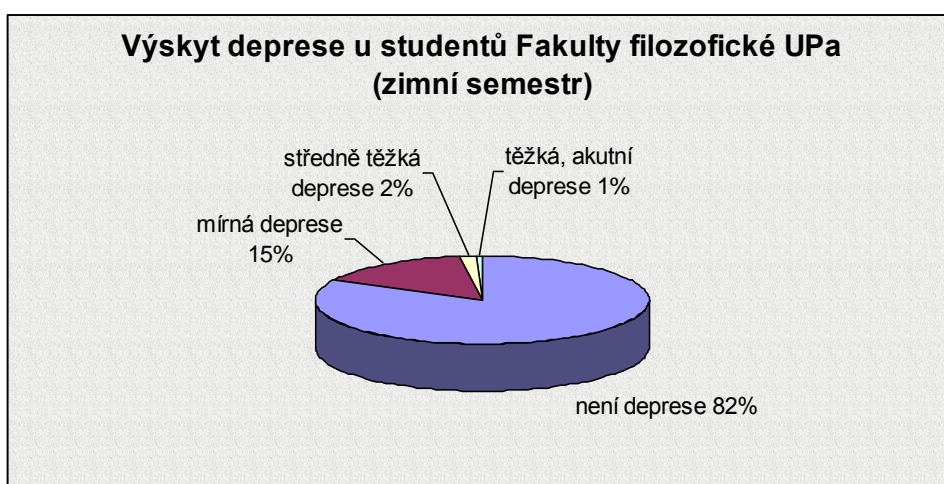
H5: Studenti Fakulty filozofické UPa jsou v rámci akademického roku vystaveni většímu riziku výskytu deprese než studenti Fakulty ekonomicko-správní.

Prostřednictvím výzkumného šetření a jeho výsledků je možné charakterizovat výskyt depresivního onemocnění u studentů a studentek na zúčastněných fakultách Univerzity Pardubice. Jednotlivé grafy tuto situaci dokreslují.

Výskyt deprese v zimním semestru u studentů Fakulty filozofické

Na Fakultě filozofické v zimním semestru nezaznamenalo depresivní onemocnění 82 % všech dotazovaných respondentů, avšak u 18 % respondentů byl určitý typ depresivního onemocnění prokázán (u 15 % respondentů se vyskytla mírná deprese, 2 % dotazovaných vykazovalo středně těžkou depresi a těžká, akutní deprese, se týkala 1 % dotazovaných).

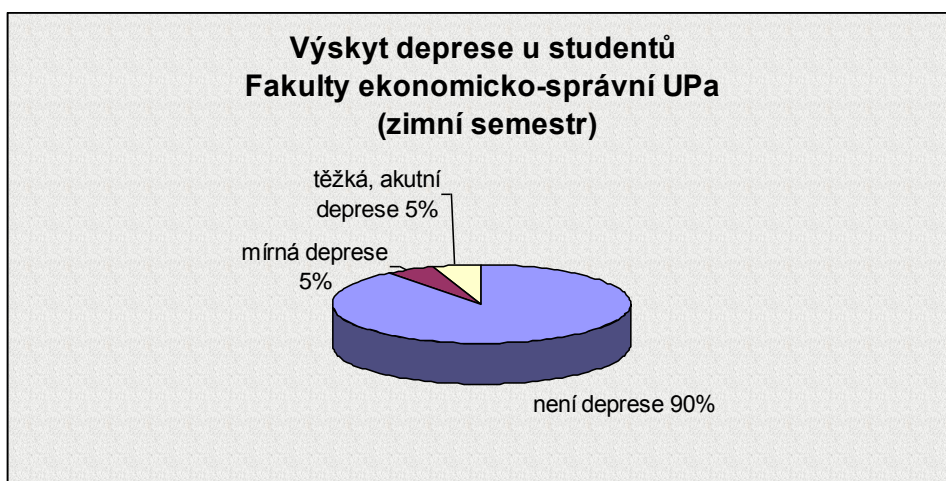
Graf č. 10



Výskyt deprese v zimním semestru u studentů Fakulty ekonomicko-správní

Na Fakultě ekonomicko-správní v zimním semestru nebyl výskyt depresivního onemocnění u 90 % všech respondentů. U 10 % dotazovaných se projevil určitý druh depresivního onemocnění (5 % dotazovaných potvrdilo mírnou depresi, u 5 % byla prokázána těžká, akutní deprese). Viz graf č. 11.

Graf č. 11

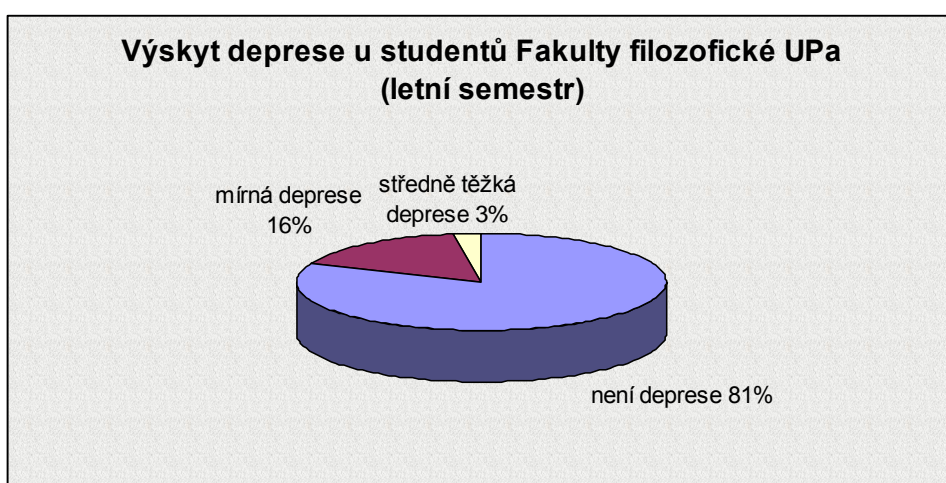


Z komparace výsledků šetření obou fakult Univerzity Pardubice je zřejmé, že depresivní onemocnění postihuje v zimním semestru více studenty Fakulty filozofické Univerzity Pardubice (18 %) než studenty z Fakulty ekonomicko-správní (10 %).

Výskyt deprese v letním semestru u studentů Fakulty filozofické

V letním semestru nebylo na Fakultě filozofické Univerzity Pardubice prokázáno depresivní onemocnění u 81 % respondentů. U 19 % respondentů byla zjištěna určitá forma depresivního onemocnění (u 16 % respondentů byla odhalena mírná deprese a u 3 % se jednalo o středně těžkou depresi).

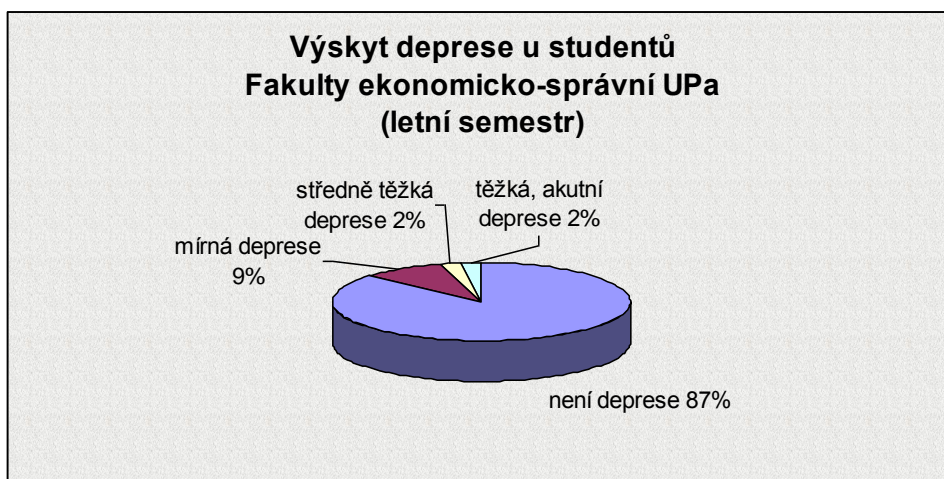
Graf č. 12



Výskyt deprese v letním semestru u studentů Fakulty ekonomicko-správní

Respondenti z Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice nepociťovali v letním semestru z 87 % žádnou přítomnost depresivního onemocnění. Pouze u 13 % dotazovaných bylo depresivní onemocnění prokázáno (u 9 % dotazovaných se jednalo o mírnou depresi, 2 % vykazovala středně těžkou depresi a těžká, akutní deprese se projevila u 2 % respondentů).

Graf č. 13



Ve srovnání Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice jsou studenti z Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice v letním semestru odolnější vůči depresivnímu onemocnění (11 %) oproti studentům z Fakulty filozofické Univerzity Pardubice (19 %).

Při komplexním pohledu na obě zainteresované fakulty v letním a zimním semestru je možné konstatovat, že studenti Fakulty filozofické se v průběhu akademického roku potýkají s výskytem deprese mnohem častěji než studenti Fakulty ekonomicko-správní.

Hypotéza byla verifikována.

Nejvíce studentů s depresivním onemocněním, kteří se v letním semestru zúčastnili výzkumného šetření, pocházelo z prvního ročníku oboru Historicko-literární studia, ze druhého ročníku Humanitních studií a z prvního ročníku oboru Anglický jazyk pro hospodářskou praxi. V zimním semestru byla největší četnost výskytu depresivního onemocnění u studentů druhého ročníku oboru Historicko-literární studia a druhého

ročníku Humanitních studií. Z Fakulty ekonomicko-správní se zúčastnily pouze čtyři obory, z nichž nejvíce depresivních onemocnění vykazoval jak v letním, tak v zimním semestru obor Management podniku. V letním semestru se jednalo o druhý ročník a v zimním semestru o ročník třetí. Podle těchto údajů ale nelze jednoznačně konstatovat, který ze zúčastněných oborů obou fakult Univerzity Pardubice je nevíce postižen depresivním onemocněním. Nebyli zkoumáni všichni studenti jednotlivých oborů Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní, tedy nelze jednoznačně uvést konkrétní závěry.

4.7.1 Shrnutí hypotéz

H1: Počet výskytu depresí u studentů UPa se zvyšuje se studiem ve vyšších ročnících.

Hypotéza byla falsifikována.

H2: Studenti UPa pociťují deprese v zimním období ve větší intenzitě než v letním studijním období.

Hypotéza byla falsifikována.

H3: Studenti UPa vykazují nižší výskyt depresivního onemocnění než studentky UPa.

Hypotéza byla verifikována.

H4: Výskyt deprese je u studentek UPa častější v letním studijním období než v zimním studijním období.

Hypotéza byla verifikována.

H5: Studenti Fakulty filozofické UPa jsou v rámci akademického roku vystaveni většímu riziku výskytu deprese než studenti Fakulty ekonomicko-správní.

Hypotéza byla verifikována.

4.8 Závěr výzkumu

Výzkumné šetření, jehož hlavním cílem bylo zmapovat výskyt depresivních obtíží u studentů Univerzity Pardubice, přineslo významné údaje o psychickém stavu studentů a studentek Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice.

Ačkoliv některé stanovené hypotézy nebyly výzkumným šetřením potvrzeny, smysl výzkumu byl splněn.

Studenti prvních ročníků po nástupu na vysokou školu zažívají mnoho životních změn. To se také odráží v jejich psychickém stavu, a proto výsledky výzkumného šetření vykazovaly nejvyšší míru depresivního onemocnění. Výskyt deprese u studentů druhých ročníků byl mnohem nižší než u studentů prvních ročníků. Je patrné, že tito studenti se již dobře adaptovali na okolní prostředí a na změny a přijali roli vysokoškolského studenta. Třetí ročník představuje pro studenty bakalářských oborů konečnou fázi v dosažení bakalářského titulu. Ačkoliv by se zdálo, že právě oni mají být těmi, kteří mají pociťovat značnou intenzitu deprese, není tomu tak. Dle výsledků výzkumu je jejich míra depresivního onemocnění nejnižší.

Pro depresivní onemocnění není u studentů Univerzity Pardubice podstatné, v jakém semestru se právě nacházejí. Intenzita deprese je jak v zimním, tak v letním semestru stejná. U studentů tedy nelze jednoznačně prokázat významnou převahu sezónní deprese.

Studentky mají vzhledem ke své emoční citlivosti větší dispozice k propuknutí depresivních obtíží než studenti. Dle odborných publikací ženy trpí depresí až dvakrát více než muži.

Nejvíce depresivních onemocnění se v průběhu roku vyskytuje převážně v zimních měsících. Ale i letní měsíce mohou vyvolat u některých citlivějších jedinců depresivní onemocnění. Komparací výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že míra depresivního onemocnění se u studentek zvýšila z 18 % v zimním semestru na 24 % v semestru letním.

Na obou zúčastněných fakultách (Fakulta filozofická a Fakulta ekonomicko-správní) byly u studentů a studentek prokázány depresivní obtíže. Větší míra depresivních obtíží byla zjištěna u studujících Fakulty filozofické.

Reakce studentů na zjištěné depresivní onemocnění jsou odlišné. Někteří z nich se snaží vyhledat potřebnou pomoc, jiní si tento stav nechtějí připustit. Není důvod skrývat své problémy, je lepší s nimi bojovat a nebát se o nich hovořit. Ano, deprese je onemocnění, ale je léčitelné.

5 Možnosti léčby deprese

Cílem léčby depresivní poruchy je zmírnění symptomů, zabránění vzniku relapsu (navrácení příznaků nemoci), ale především uzdravení pacienta a obnovení jeho předešlé kvality života. Je důležité, aby nemocný spolupracoval a důvěřoval svému lékaři. Hlavním úkolem lékaře je přistupovat k pacientovi s vysokou mírou pochopení bez známek zlehčování závažnosti potíží. Měl by svého pacienta náležitě seznámit s problematikou depresivních poruch a jejich léčby a upozornit ho, aby spolupracoval nejen on samotný, ale i jeho rodina. A samozřejmě informovat o případných nežádoucích účincích medikamentů, o možné profylaktické léčbě a relapsu.

Praktický lékař může léčit depresivní poruchu, pokud je u pacienta jednoznačně diagnostikovatelná a jedná se o depresivní poruchu mírnou či středně těžkou. Pokud se u pacienta prokáže více duševních poruch nebo epizoda těžké deprese se sebevražednými myšlenkami, je vhodné navštívit psychiatra. Jestliže se jedinec pokusil o sebevraždu nebo se vyskytují bludy, je třeba pacienta hospitalizovat ve specializovaném zařízení.

5.1 Léčba

Způsob léčby ovlivňuje především samotná intenzita depresivní poruchy a počet epizod, které pacient prodělal. Mezi léčebné metody se řadí terapie biologická a nebiologická.

Terapie biologická:

- farmakologická (antidepresiva, anxiolytika, hypnotika, thymoprofylaktika, antipsychotika);
- nefarmakologická (elektrokonvulze, repetitivní transkraniální magnetická stimulace, stimulace nervus vagus, spánková deprivace, fototerapie, tělesné cvičení);

Terapie nebiologická:

- specifická a podpůrná psychoterapie;
- psychoedukace.¹⁹

5.2 Etapy léčby deprese

Samotná léčba deprese má tři etapy:

- akutní léčbu, která trvá 6 – 8 týdnů. Hlavním cílem je zmírnit a odstranit v nejkratším časovém horizontu příznaky deprese a navrátit jedince do života. V této fázi je vysoké riziko přerušení léčby;
- udržovací léčbu, která následuje po odeznění akutní epizody deprese. Měla by trvat v rozmezí 4 až 6 měsíců a udržet stav jedince bez příznaků. Přetrvává zde zvýšená rizikovost relapsu (u 60 – 80 % pacientů dochází k znovunavrácení deprese), proto by mělo i nadále pokračovat podávání léků;
- preventivní léčbu, která může pokračovat po udržovací léčbě několik let až celý život. Snahou je zabránit návratu depresivního onemocnění. Doporučuje se především u pacientů, kteří prodělali více epizod deprese, mají bipolární poruchu nebo dystymii.²⁰

5.3 Farmakoterapie deprese

Farmakoterapie se řadí k nejpoužívanějším metodám v léčení depresivní poruchy. Proto farmaceutický průmysl usiluje o uvedení nových léčiv na trh, léčiv s minimálními nežádoucími účinky a snadnějším dávkováním. U farmakoterapie je důležité zvolit správné antidepresivum, odpovídající dávku a dobu podávání.

5.3.1 Antidepresiva

Antidepresiva jsou léčiva, která jsou určena k léčbě depresivní poruchy. Díky svým účinkům ovlivňují hladinu neuromodulátorů (noradrenalinu, dopaminu a serotoninu)

¹⁹ Více ANDERS, M., et al. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. Terapie depresivní poruchy, s. 59-65. ISBN 80-7262-306-0.

²⁰ Více SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. Speciální psychiatrie, s. 215. ISBN 80-7367-154-9.

v určitých částech mozku. V současné době se na trhu nachází několik desítek druhů antidepresiv. Dle doby vývoje jsou antidepresiva označována jako antidepresiva první, druhé, třetí a čtvrté generace. Podstatně se liší v množství a intenzitě nežádoucích účinků. Jednotlivé druhy antidepresiv mají podobné terapeutické účinky, jsou bezpečné a nejsou návykové. Samostatnou skupinu představují inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. Antidepresiva první generace se řadí k nejstaršímu druhu léku na depresi. Mezi nejvíce užívaná a lékaři předepisovaná antidepresiva patří antidepresiva třetí a čtvrté generace, a to především pro jejich bezpečnost, nízké procento nežádoucích účinků a rychlý nástup účinku.

Při výběru vhodného typu antidepresiva musí lékař přihlédnout k momentálnímu tělesnému stavu pacienta a k jeho věku. Zároveň by měl být obeznámen s medikamenty, které pacient běžně užívá, aby po zahájení léčby antidepresivy nedocházelo k možným kontraindikacím.

Pacienti očekávají rychlý nástup účinků antidepresiv, ale to není možné, jelikož léčebný efekt antidepresiv se dostaví nejdříve za tři týdny po zahájení léčby. Nežádoucí účinky obvykle odezní po 1 – 2 týdnech užívání. Aby nedošlo k postupnému snižování účinnosti léků, je nutná dostatečná informovanost pacienta lékařem.

5.4 Psychoterapie

„Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví. Uskutečňuje se výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy.“²¹

Psychoterapie hraje důležitou roli v léčebném procesu pacienta. Dochází ke vzájemné interakci a spolupráci mezi pacientem a psychoterapeutem. Mezi účastníky psychoterapie je rovnocenný vztah. Psychoterapie motivuje nemocného k brzkému uzdravení, edukaci, poskytuje mu podporu a pochopení v jeho nesnadné životní situaci. Jejím cílem je obnovit v jedinci stav přirozené kontroly nad jeho osobností, projevem, celkovým myšlením, emocemi, vnímáním a nad jeho životem vůbec.

²¹ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3., aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2003. Psychoterapie, s. 301. ISBN 80-7178-740-X.

Psychoterapie je účinná především u osob s lehkou či středně těžkou depresivní poruchou. U lehké deprese může být zcela dostačující, a tak léčba antidepresivy nemusí být nutně zahájena. U těžkých depresí je preferována farmakologická léčba, jelikož psychoterapie má u těchto forem minimální účinek.

Oproti léčbě farmakologické nebo využití jiných biologických metod se u psychoterapie nesetkáme s nežádoucími účinky. Nevýhodami psychoterapie jsou finanční a časová náročnost. U pacientů se středně těžkou a těžkou depresí nemůže být samostatnou léčebnou metodou. Může být použita jako součást farmakologické léčby, která je u těchto typů depresí prioritní. Pozitivní účinky psychoterapie lze pozorovat po 6 – 8 týdnech. Jedná se o delší časové období než u farmakoterapie (4 – 6 týdnů). Psychoterapie není schopna vyléčit všechny pacienty. Pokud je neúčinná po 12. týdnu, je zapotřebí zvážit léčbu antidepresivy.

5.5 Psychoedukace

Podává pacientům a jejich rodině potřebné informace o podstatě depresivní poruchy a jejího vlivu na tělesná onemocnění. Usiluje o vybudování spolupráce a důvěry, o zlepšení komunikace mezi členy rodiny, o prevenci relapsu atd.

6 Předcházení vzniku deprese

6.1 Duševní hygiena

V době moderní konzumní společnosti, zaměřují lidé svou pozornost na celkovou vizáž, kariérní postup, finanční stránku nebo na materiální zajištění, ale zapomínají na psychickou rovnováhu. Den co den jsou vystavováni stresovým situacím, které mohou vyvolávat psychická onemocnění.

Termín duševní hygiena je poměrně mladým pojmem, uplatňovaným od počátku 20. století.

Libor Míček ve své publikaci *Duševní hygiena* vnímá duševní hygienu jako „systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“²²

Duševní hygiena je určena především pro:

- zdravé lidi – dodržováním pravidel duševní hygieny dochází k upevňování kvality zdraví;
- lidi na hranici zdraví a nemoci – došlo k výskytu příznaků narušení duševní rovnováhy. Duševní hygiena pomáhá k poznání sebe sama, příčin poruch a k posílení duševní rovnováhy;
- nemocné (tělesně i duševně) – samotná duševní hygiena není dostatečná k uzdravení, ale může průběh nemoci zkrátit.²³

6.2 Důvody zájmu o duševní hygienu

Americký psycholog Thomas Moore, věnující se péči o duši, napsal: „Velkou nemocí 21. století, která se projevuje v našich obtížích i těžkostech a která se každého z nás osobně týká, je „ztráta duše“. Když je péče o naši duši zanedbávána, duše neumírá. Toto zanedbávání se projeví v celé řadě příznaků (symptomů): ve zlosti

²² MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1984. Základní pojmy duševní hygieny, s. 9.

²³ Více MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1984. Základní pojmy duševní hygieny, s. 9-22.

a vzteku, v násilí, agresivitě, obsesích, holdování drogám a ve ztrátě smysluplnosti života“.²⁴

Duševní hygiena má svůj význam v prevenci proti somatickým a psychickým onemocněním. Duševně zdravý člověk je více imunní proti somatickým chorobám. Duševní hygiena hraje důležitou roli v oblasti sociálních vztahů. Neodmyslitelnou součástí duševní hygieny je také pracovní výkon a jeho kvalita. Posledním významem duševní hygieny je subjektivní spokojenost.

Prevenci duševních chorob je možné rozdělit na:

- primární prevenci (profylaxe) – jejím cílem je zabránit vzniku a rozvoji negativních psychických a tělesných stavů, které by mohly vyvolat poruchu zdraví. Jedinec, který je duševně vyrovnaný, bývá vůči psychosomatickým onemocněním více imunní;
- sekundární prevenci (terapie) – jedná se o včasné identifikování duševní poruchy a zahájení léčby. Cílem je obnovit pacientovo zdraví;
- terciární prevenci (rehabilitace) – snaží se o zmírnění následků proběhlé duševní poruchy na nejnižší míru. Často se transformuje do podoby prevence. Cílem této terciární prevence je navrácení jedince do původního stavu.²⁵

Je zapotřebí, aby lidé věnovali dostatečnou péči duševní hygieně každý den, nejen, když se objeví nějaký problém. Možností, jak pozitivně ovlivňovat psychiku člověka, je v současné době značné množství:

Relaxace

Při každodenní lidské činnosti dochází k namáhání některých částí svalové soustavy. U jedince, který často podléhá stresovým situacím, je možno pozorovat viditelné známky stárnutí. Ze stavů psychického napětí pomáhají různé typy relaxace: progresivní relaxace, podmíněná relaxace, rychlá relaxace a další. Relaxace odbourává

²⁴ KŘIVOHLAVÝ, J.; PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. Duševní hygiena zdravotní sestry, s. 15. ISBN 80-247-0784-5.

²⁵ Více ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-494-2. s. 143-145.

nahromaděné psychické napětí a stres, vede k regeneraci organismu, uvolnění a harmonizuje tělo.

Tělesný pohyb

Nedostatkem tělesného pohybu dochází ke zpomalení metabolických procesů v těle, zvyšuje se pravděpodobnost obezity, vysokého krevního tlaku a dalších civilizačních chorob. Pravidelná tělesná aktivita pomáhá bojovat proti stresu. Lidé, kteří nevykazují žádnou fyzickou aktivitu podléhají depresivnímu onemocnění častěji než lidé, kteří dodržují pravidelnou tělesnou zátěž. Aerobní cvičení má obzvláště blahodárný vliv na psychiku člověka. Jóga, další možnost tělesné aktivity, zlepšuje tělesné zdraví, odstraňuje stres a harmonizuje činnost nervového systému.

Strava proti depresi

Dnešní strava je založena na velkém množství bílého cukru, tuku a instantních výrobků. Je ochuzena o dostatek minerálních látek a vitamínů. Tělu se tak nedostává potřebného množství základních živin, což může přispívat k rozvoji duševní poruchy. Úpravou své stravy mohou jedinci předcházet vzniku možné deprese. Potraviny, které pomáhají předcházet depresi: krůta (obsahuje aminokyselinu tryptofan), mléčné výrobky, ryby (obsahují omega-3 nenasycené mastné kyseliny), ovoce a zelenina (značné množství vitamínů a minerálů), celozrnné potraviny (významný podíl vitamínů skupiny B), ořechy, kakao, celozrnná, rýže, luštěniny a další.

Hudba a zpěv

Poslech hudby má velice blahodárný vliv na psychiku člověka. Zpěv, hra na hudební nástroj oprostí mysl od negativních myšlenek a vyvolá pocit radosti.

Dobrý životní styl

Do dobrého životního stylu lze zařadit pravidelný spánek, odpočinek, dostatek pohybu, hospodaření s časem, správné dýchání, odstraňování zlovyků, péče o zdraví, kulturní rozvoj osobnosti a správné stravovací návyky.

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat výskyt depresivních obtíží u studentů Univerzity Pardubice.

Deprese je závažné a v některých případech život ohrožující onemocnění, které se řadí do tzv. afektivních poruch. Je multifaktoriálně podmíněna. Na vzniku depresivního onemocnění se podílí nejen biologické příčiny, tělesná onemocnění, ale také narušený životní styl, existenční prázdnota, špatné mezilidské vztahy a mnoho dalších negativních vlivů z vnějšího prostředí. Onemocnění depresí znamená intervenci do rovnováhy organismu. Přidružená tělesná onemocnění doprovází úzkost, beznaděj, existenční vakuum a pocity viny. Osoby, které onemocněly depresí, vnímají svou budoucnost jako nejasnou. Dosavadní kvalita života se sníží, stejně tak jako výkonnost, sebedůvěra a úroveň myšlení. Depresivní onemocnění omezuje jedince v osobním, profesním a sociálním životě.

Nejvíce ohrožení depresivním onemocněním jsou jedinci mezi pětadvacátým a pětatřicátým rokem (období mladé a střední dospělosti). Depresivní epizoda se ale může stejně projevit v životě dítěte nebo v životě seniora. Nelze s naprostou jistotou definovat jedince, u kterého lze přítomnost depresivního onemocnění v budoucnosti vyloučit.

Vyhodnocení stanoveného výzkumného problému a tím i splnění cíle mé bakalářské práce bylo uskutečněno prostřednictvím kvantitativního výzkumu. Dotazníkové šetření bylo provedeno pomocí Beckovy posuzovací škály deprese. Výzkumného šetření se zúčastnili studenti Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice.

Přestože všechny stanovené hypotézy nebyly verifikovány (dvě z pěti stanovených hypotéz nebyly potvrzeny), výzkumné šetření přineslo mnoho významných údajů o psychickém stavu studentů a studentek Fakulty filozofické a Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice.

U 16 % všech zúčastněných studentů bylo prokázáno depresivní onemocnění různé intenzity. Velmi malé množství studentů a studentek po obeznámení se s výsledkem depresivního onemocnění potvrdilo, že již znají svou diagnózu, jsou pod lékařským dohledem a jsou léčeni. Někteří studenti se pokusili vyhledat odbornou pomoc a získat o tomto onemocnění větší míru informací. Jiní se s verdiktem, že trpí depresí, smířili,

ale nepřikládali tomu nějaký zvláštní význam. Domnívali se, že deprese časem sama odezní. Ostatní studenti, u kterých bylo prokázáno depresivní onemocnění dle Beckovy posuzovací škály deprese, odmítali vůbec toto tvrzení přijmout.

Setkávám se různým přístupem lidí k depresivnímu onemocnění. Někteří nemocní z obavy, že budou ze společenského hlediska negativně stigmatizováni jako duševně nemocní, nevyhledávají pomoc a žijí v ústraní. Jiní o své nemoci otevřeně hovoří a usilují o znovunavrácení do svého života.

Deprese dnes patří k celospolečenským tématům. Píše se o ní v periodikách, odborných publikacích, na internetových portálech či v odborných příručkách. Toto téma už není tabuizováno, je veřejně publikováno a diskutováno.

Léčba deprese je v současné době zacílena na zmírnění symptomů, odvrácení vzniku možného relapsu, ale především na uzdravení nemocného. Nabízí široké spektrum léčebných metod. Také léčba antidepressiv učinila ve svém vývoji značný pokrok. Od první generace antidepressiv, která měla mnoho nežádoucích účinků, nabízí v současnosti farmaceutický průmysl antidepressiva čtvrté generace s velmi malým množstvím nežádoucích účinků. Proto by se, dle mého názoru, neměli nemocní ostýchat vyhledat odbornou pomoc.

Deprese provází lidstvo již od nepaměti a bude lidstvo provázet i nadále. Pokud ve společnosti nedojde ke změně hektického způsobu života, budou za to jedinci platit vysokou daň; mimo jiné i v podobě depresivního onemocnění, které v budoucnu zasáhne podstatnou část populace. Je třeba, aby se přístup k depresivním onemocněním změnil nejen u jednotlivců, ale i v celé společnosti, a začalo se jednat ve prospěch odvrácení možnosti propuknutí depresivního onemocnění u významného procenta populace.

Protože došlo k prokázání deprese u nemalého procenta vysokoškolských studentů Univerzity Pardubice, chtěla bych závěrem navrhnout řešení tohoto problému. V mém zájmu, ale i v zájmu ostatních studentů, bych doporučila rozšíření studijního plánu o povinně volitelné či volitelné předměty, týkající se duševní hygieny, prevence proti psychickým poruchám a psychosomatickým onemocněním. Dále navrhuji oslovit neziskové organizace, psychology a psychiatry nejen z Pardubického kraje. Uzavřít s nimi vzájemnou spolupráci a uskutečnit přednášky a semináře v průběhu akademického roku na toto téma.

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Dobrý den,

ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, jehož součástí je Beckova stupnice pro hodnocení deprese. Veškeré údaje, které zadáte mají informativní charakter a budou použity jako statistické údaje do výzkumu mé bakalářské práce s tématem: „Výskyt depresivních obtíží u studentů UPa“.

Dotazník je anonymní, neuvádějte prosím své jméno.

Děkuji Vám za čas strávený vyplněním tohoto dotazníku. Přeji pěkný den.

Vanda Kuncová, DiS.

Vaše pohlaví: muž žena

Váš věk: 18 – 20 21 – 23 24 a více

Fakulta, kterou studujete:

Obor, který studujete:

Ročník:

Instrukce: Máte před sebou dotazník obsahující skupiny tvrzení. Nejdříve přečtěte všechna tvrzení v určité skupině a označte to, které Vás nejlépe charakterizuje v tento den. Pokud Vám vyhovuje více tvrzení, zvolte to, které Vás charakterizuje nejlépe.

Pro správný výpočet pečlivě označte všechny odpovědi (celkem tedy 21)!

1.

- necítím se smutný/á
- cítím se posmutnělý/á, sklíčený/á
- jsem stále smutný/á a smutku se nedokážu zbavit
- jsem tak nešťastný/á, že to nemohu snést

2.

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

3.

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

4.

- nejsem nijak zvlášť nespokojený/a
- věci mě už tak netěší jako dříve
- nic mi již nepřináší uspokojení
- ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení

5.

- netrpím pocity viny
- často mívám pocity viny
- hodně mívám pocity viny
- stále trpím pocity viny

6.

- nemám pocit, že budu za něco potrestán/a
- mám pocit, že bych mohl být potrestán/a
- očekávám, že budu nějak potrestán/a
- vím, že budu nějak potrestán/a

7.

- necítím se příliš zklamán/a sám/a sebou
- zklamal/a jsem se v sobě
- jsem dosti znechucen/a sám/a sebou
- nenávidím sebe sama

8.

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

9.

- nepřemýšlím o sebevraždě
- někdy pomýšlím na sebevraždu
- často přemýšlím o sebevraždě
- kdybych měl/a příležitost, tak bych si vzal/a život

10.

- nepláču více než obvykle
- pláču nyní častěji než předtím
- pláču nyní stále, nedokážu přestat
- předtím jsem mohl/a plakat, nyní to nejde i kdybych chtěl/a

11.

- nejsem nyní podrážděný/á více než obvykle
- jsem často podrážděný/á a rozladěný/á
- jsem stále podrážděný/á a rozladěný/á
- nemohu se již rozčílit ani věcmi, které mě dříve obvykle rozčilovaly

12.

- neztratil/a jsem zájem o ostatní lidi
- mám menší zájem o ostatní lidi
- ztratil/a jsem většinu zájmu o ostatní lidi
- ztratil/a jsem všechnen zájem o ostatní lidi

13.

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

14.

- nemám větší starosti se vzhledem než dříve
- mám starosti, že vyhlížím už dost staře a neatraktivně
- mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
- mám pocit, že vypadám hnusně a odpudivě

15.

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

16.

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

17.

- necítím se více unaven/a než obvykle
- unavím se snáze než dříve
- téměř všechno mě unavuje
- únava mi zabraňuje cokoli dělat

18.

- mám svou obvyklou chuť k jídlu
- nemám takovou chuť k jídlu jakou jsem míval/a
- mám mnohem menší chuť k jídlu
- zcela jsem ztratil/a chuť k jídlu

19.

- v poslední době jsem nezhubnul/a
- ztratil/a jsem v poslední době více než 2,5 kg
- ztratil/a jsem v poslední době více než 5 kg
- ztratil/a jsem v poslední době více než 7,5 kg

20.

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

21.

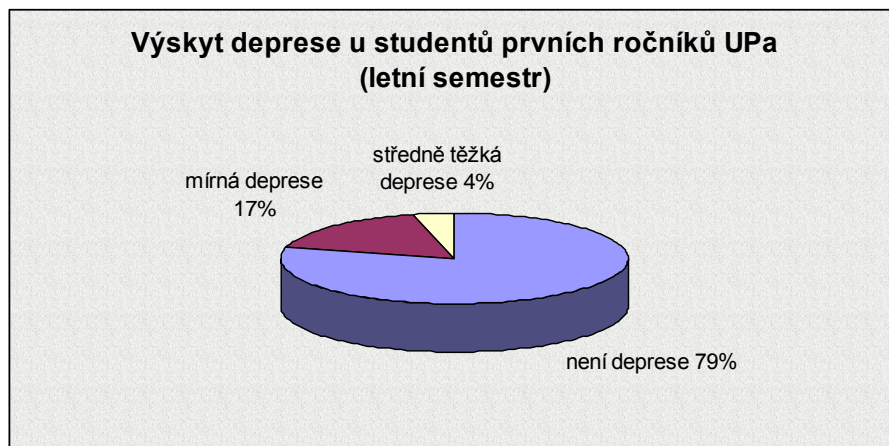
- nepozoruji snížení zájmu o sex
- mám menší zájem o sex než dříve
- mám o hodně menší zájem o sex než dříve
- ztratil/a jsem úplně zájem o sex

„Pro tuto metodu existuje copyright anglického znění 1978 by Aron T. Beck, M. D., Center for Cognitive Therapy, Room 602, South 602 63 Street, Philadelphia, Pa. 19104.“²⁶ Beckova stupnice pro hodnocení deprese je uvedena podle knihy J. Praška: *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Potrál, 2003, s. 73-74. ISBN 80-7178-809-0.

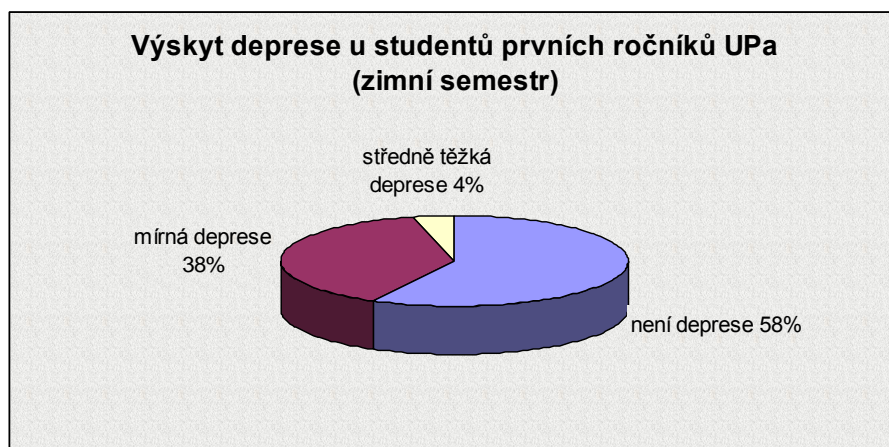
²⁶ KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat depresi. 2., rozšíř. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0575-3. s. 172

Příloha č. 2

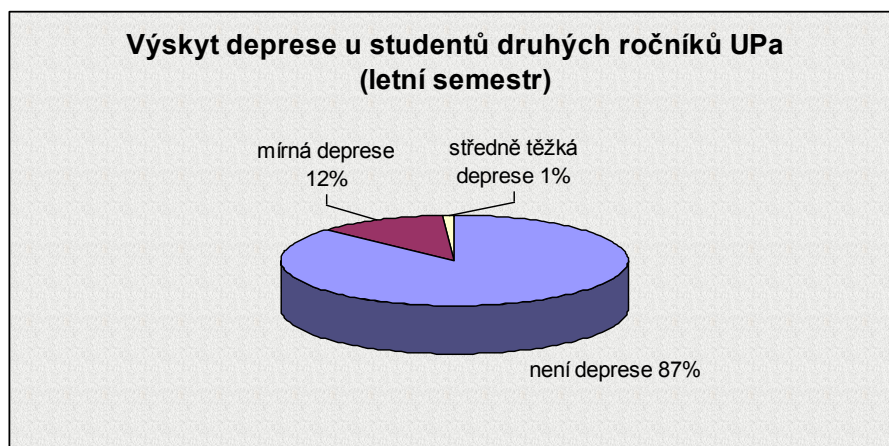
Graf č. 14



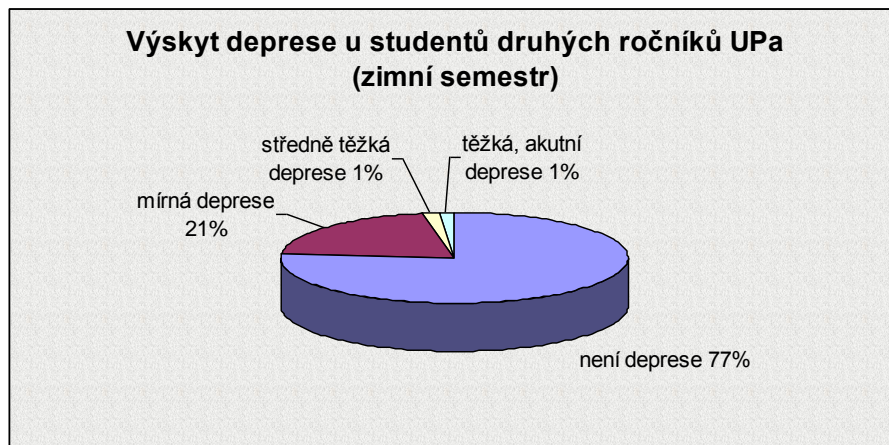
Graf č. 15



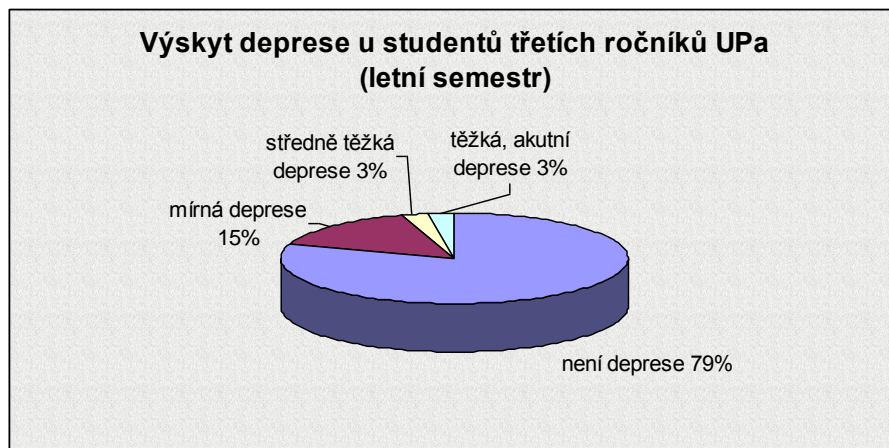
Graf č. 16



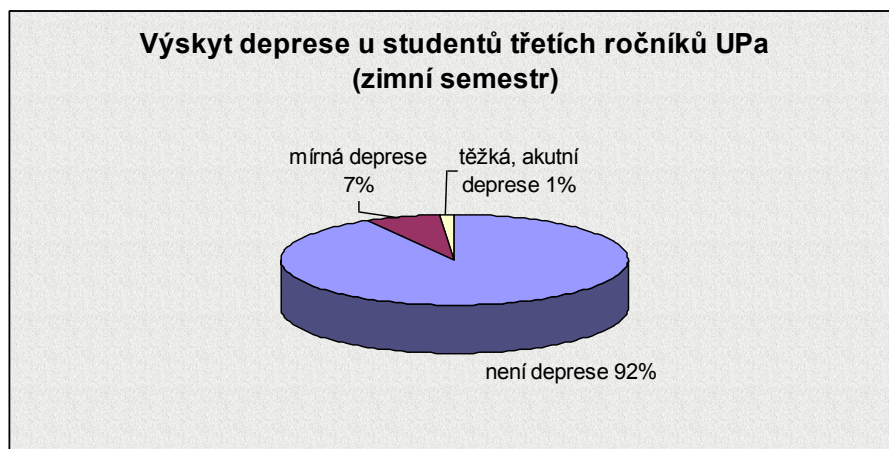
Graf č. 17



Graf č. 18



Graf č. 19



Seznam použité literatury

MONOGRAFIE

- 1) AMEN, D. G. *Nikdy není pozdě*. 1. vyd. Praha : Ikar, 2007. 439 s. ISBN 978-80-249-0936-3.
- 2) ANDERS, M., et al. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 280 s. ISBN 80-7262-306-0.
- 3) HERMAN, E.; DOUBEK, P. *Deprese a stres*. Praha : Maxdorf, 2008. 96 s. ISBN 987-80-7345-157-8.
- 4) KOVAŘÍK, Š. *Deprese*. 1. vyd. Havlíčkův Brod : Fragment, 2001. 112 s. ISBN 80-7200-686-X.
- 5) KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 2., rozšíř. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 176 s. ISBN 80-247-0575-3.
- 6) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha : Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- 7) KŘIVOHLAVÝ, J.; PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
- 8) MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1984. 207 s.
- 9) PRAŠKO, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 180 s. ISBN 80-7178-809-0.
- 10) PRAŠKO, J. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. 262 s. ISBN 80-7169-446-0.
- 11) SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
- 12) VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
- 13) ZVOLSKÝ PETR a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha : Karolinum, 2001. 192 s. ISBN 80-7184-494-2.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

www.ereska.cz

www.kbtinstitut.cz