

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta

Bakalářská diplomová práce

Autorka: Mgr. Eva Martináková

2013

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

SOUVISLOST MEZI DEPRESIVITOU A ŠKOLNÍM PROSPĚCHEM STUDENTŮ SŠ

**The Link between Student Depressiveness and Success
at Secondary School**



Bakalářská diplomová práce

Autorka: Mgr. Eva Martináková

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Kavenská, Ph.D.

Studijní program: B7701/Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Olomouc

2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „Souvislost mezi depresivitou a školním prospěchem studentů SŠ“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

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

Podpis.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Veronice Kavenské, PhD. za vedení práce, cenné připomínky a návrhy a také za profesionální a velmi vstřícný přístup. Dále děkuji vedení a studentům SŠ Kostka, s.r.o. ve Vsetíně za poskytnutá data a umožnění výzkumu a v neposlední řadě své rodině za trpělivost a dlouhodobou podporu.

Obsah

1. Úvod	5
2. Depresivita v adolescenci	7
2.1. Adolescence jako vývojové období	7
2.2. Vývoj přístupu k depresivitě v adolescenci	9
2.3. Depresivita a deprese	11
2.4. Symptomatika depresivity v adolescenci	13
2.5. Rizikové a ochranné faktory	16
2.6. Prevalence a predikce dalšího vývoje	18
2.7. Depresivita a pohlaví	20
2.8. Školní psychická zátěž a prospěch	24
2.9. Teoretická východiska výzkumu	28
3. Metodologický rámec výzkumu	30
3.1. Cíle výzkumu	30
3.1.1. Formulace hypotéz	30
3.2. Cílová populace a výzkumný vzorek	31
3.3. Metody sběru a analýzy dat	33
3.3.1. Dotazník	33
3.3.2. Příprava testování a jeho průběh	36
3.3.3. Metody zpracování a analýzy dat	37
3.4. Etické problémy a způsob jejich řešení	39
4. Popis a interpretace výsledků výzkumu	42
4.1. H1: Souvislost mezi depresivitou a školním prospěchem	43
4.2. H2: Srovnání míry depresivity u různých oborů	45
4.3. H3: Srovnání míry depresivity mezi pohlavími	48
4.4. H4: Porovnání symptomů depresivity mezi pohlavími	50
4.5. Další výsledky vyplývající z provedené analýzy dat	53
5. Diskuze	55
6. Závěry	61
Souhrn	63
Seznam použitých zdrojů a literatury	69
Přílohy	72

„Mládí je nejkrásnější dobou života. Škoda, že musíme nejdříve zestárnout, abychom to poznali.“

Neznámý autor

„Po špičkách se má chodit kolem mládí, neboť tam, kde je skutečné, krásného života schopné mládí, tam se stále leží v bolestech. Po špičkách chodit, a ne řinčet řetězy!“

Fráňa Šrámek

1. Úvod

Na úvod jsem se rozhodla zařadit dva citáty, jež se sice na první pohled mohou jevit jako rozporuplné, avšak ve své podstatě a kombinaci výstižně charakterizují jak vývojové období, na něž se zaměřuje má pozornost v této práci, tak také vývoj přístupu odborníků k tomuto období. K rozhodnutí zaměřit se na prožívání, těžkosti a prospěch středoškolské mládeže mě vedlo několik důvodů. Oblast školní, vývojové a pedagogické psychologie je mi jakožto učitelce a výchovné poradkyni profesně i lidsky blízká, takže jsem si opakovaně kladla otázku, zda jsou symptomy depresivity, jež mi občas středoškolsí studenti popisují, skutečně závažné, či zda souvisí pouze s moderní a mezi mládeží hojně rozšířenou formulací, že někdo „má depku“, za níž se mohou skrývat pouze běžné výkyvy nálad a emoční nestabilita, jež jsou typické pro vývojové období mezi dětstvím a dospělostí a pro období, kdy jedinec řeší náročné situace, či prochází fází zvládání zátěže.

V rámci studia odborné literatury mě následně zarazila absence údajů o dětské depresivitě v odborných člancích a knihách z nedávné doby. Překvapilo mě např., že se v knize Psychologie dítěte z roku 1996 v kapitole Dětské duševní potíže, poškození, poruchy a nemoci vůbec nepíše o depresivitě a depresi (srov. Čačka, 1996). Začala jsem proto hledat související výzkumy, které potvrdily mou domněnku, že dětství a mládí bylo po dlouhou dobu existence psychologie jako samostatné vědy v souvislosti s duševními poruchami a chorobami považováno za období klidu a pohody, jak popisuje první citát. O to silněji na mě poté zapůsobilo zjištění vyplývající z výzkumů provedených v posledních letech, jež dokládají, že v období puberty a adolescence prudce stoupá počet depresivních jedinců a zvyšuje se i riziko

suicidálních pokusů. Na základě těchto zjištění jsem zařadila do úvodu také druhý citát a rozhodla jsem se tomuto tématu věnovat důkladněji.

Cílem mé práce je zkoumat, zda existuje souvislost mezi depresivitou a školním prospěchem v adolescenci, podrobněji se zabývat symptomy depresivity v tomto vývojovém období, porovnávat míru depresivity mezi vybranými soubory a výsledky výzkumu popsat. Teoretická část obsahuje vymezení pojmů a rozčlenění výsledků vybraných výzkumů a teorií, které souvisí s oblastí, jíž jsem se rozhodla věnovat. V praktické části se zaměřuji na zjišťování míry a projevů depresivity u výběrového vzorku v souvislosti s prospěchem a na ověřování některých hypotéz, stanovených na základě vybraných dříve realizovaných výzkumů, které s problematikou depresivity souvisejí.

TEORETICKÁ ČÁST

2. Depresivita v adolescenci

2.1. Adolescence jako vývojové období

Při snaze o vymezení adolescence jakožto vývojového období panuje značná nejednotnost v názorech různých autorů či vývojových psychologů.¹ Kromě rozdílných pohledů na časové vymezení tohoto období pak narážíme také na variabilitu související s individuálními zvláštnostmi jedinců. Marhounová (1996) konstatuje, že se navzdory rozdílnému ohraničení této fáze **odborníci shodují v tom, že jde o přechod mezi dětstvím a dospělostí, mezi dobou závislosti a nezávislosti.**

Podle **Eriksonovy teorie vývoje** se adolescentní jedinec nachází ve fázi tzv. *identity proti konfuzi rolí*. „V pubertě a v adolescenci se všechny totožnosti a souvislosti, na něž dítě dříve spoléhalo, stávají znovu více či méně problematickými, protože tělesný růst je tak rychlý, jako v časném dětství, a navíc k němu přistupuje pohlavní vyspívání. Rostoucí a vyvíjející se mladí lidé, kteří se musejí vyrovnávat s touto vnitřní fyziologickou revolucí i se zřejmými úkoly dospělých, jež na ně čekají, dělají si nyní především starost o to, jak se jeví v očích ostatních ve srovnání s tím, co sami o sobě cítí“ (Erikson, Osm věků člověka, TranslLangmeierovi). Problémy s nalézáním vlastní identity pak mohou podle Marhounové (1996) vyústit v různé destruktivní a psychotické příhody.

Podle **Freudovy teorie** se adolescent v pojetí evropském i západním dostává do fáze *genitální*, což je obtížné období, v němž se jedinec snaží přejít kvůli incestní hradbě od nevhodných (rodičovských) objektů k objektům jiným, cizím. V této fázi by dle Freuda mělo dojít ke splynutí něžnosti a smyslnosti, což se ovšem často nepodaří, neboť jedinec má problém propojit reálné prožívání s původními objekty dětského světa (srov. např. Plháková, 2011).

Zvláště **v západním prostředí** bývá počátek adolescence (od latinského slova „adolesco“, znamenajícího dorůstat, dospívat, vyvíjet se, sílit, mohutnět)

¹ Na tomto místě stručně zmíníme pouze několik vybraných názorových přístupů.

posuzován dle biologického hlediska, přičemž začátek tohoto období bývá spojován s prvními známkami sexuálního zrání a s vývojem sekundárních pohlavních znaků a konec s nástupem menarché u dívek a první ejakulací u chlapců, a odpovídá tak spíše období puberty, jak je pojmáno mnoha evropskými odborníky. „S prvními projevy sexuality a zrychlením růstu počíná adolescence, prohlašuje například jednoznačně sarajevský psychiatr S. Ridjanovič, citující řadu západních vědců“ (Marhounová, 1996, s. 17).

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

Psychiatr **Špitz** vnímá pojmy *adolescent* a *mladistvý* jako synonyma². Dle jeho názoru je „období adolescence se svými typickými vývojovými požadavky jedním z nejvýznamnějších úseků lidského života. Adolescent nejen hledá sebe sama, ale redefinuje současné vztahy k druhým lidem. Navazuje kontakty podle modifikovaného preferenčního hodnotového schématu. Objevuje svou sexuální roli a realizuje ji. Přerušuje zpravidla své dosavadní vztahy k rodině, aby své rodiče v pozitivním případě zdravého vývoje posléze znovu adoptoval, jak tuto změnu vztahů nazval jeden maďarský dramatik“ (Marhounová, 1996, s. 18).

Josef Langmeier, jeden z našich předních psychologů, označuje pojmem adolescence pouze **poslední fázi přechodu z dětství do dospělosti**, přičemž celé období dospívání člení na pubescenci (prepuberta a vlastní puberta) a adolescenci, v jejímž průběhu dochází k dokončování tělesného růstu, změně sebepojetí i společenského postavení a ke vzniku hlubších erotických vztahů (srov. Marhounová, 1996). Obdobné dělení najdeme např. u Hartla (2004), rozdílné např. u Schmidbauera, který ohraničuje adolescenci 18. – 25. rokem života či Wallona, který do tohoto období řadí jedince mezi 15. a 22. rokem života (srov. Schmidbauer, 1994; Čačka, 1996). **Pro účely této práce se budeme držet Langmeierova pojetí, neboť dle našeho názoru odpovídá**

² Obdobně se s tím setkáváme i v současné německy psané odborné literatuře, na niž v této práci na mnoha místech odkazujeme.

evropskému přístupu a jemněji specifikuje jednotlivá období, než např. dělení Příhody (viz výše).

Bez ohledu na odlišnosti v dělení jednotlivých fází přechodu mezi dětstvím a dospělostí se odborníci shodují v tom, že je tato vývojová etapa obdobím mnoha somatických, psychických i sociálních změn a vývojových úkolů, jež jsou přehledně shrnuty v následující tabulce. Jedná se o změny velmi výrazné, jejichž zvládnutí klade na jedince v této fázi vývoje enormní nároky a jejichž nezvládnutí může mít na jeho další vývoj negativní dopad.

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

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

Dle Horta (2002) dosahuje jedinec v adolescenci vrcholu kognitivního vývoje (ve fázi formálních operací podle Piageta), mění se jeho vztahy s rodiči, vrstevníky, vytváří se jeho identita včetně přijetí vlastní psychosexuální role, dochází k rozvoji sociálních kompetencí, kde může vzniknout problém, pokud adolescent zažívá neúspěch, či nedokáže sladit své zájmy se zájmy rodičů a společnosti.

2.2. Vývoj přístupu k depresivitě v adolescenci

Je zajímavé, že ačkoliv je deprese poruchou, která byla popisována již v dávných dobách, zaměřovali se vědci i lékaři donedávna pouze na výzkum a léčbu dospělých jedinců. Jak uvádí např. Stuchlíková (2002), o depresi se zmiňuje již Starý zákon v souvislosti s Jobem či Saulem. Řekové nazývali depresi *melancholia* nebo *černá žluč* a středověk pohlížel na depresi jako na ďáblovu dílo. Až **do 70. let minulého století** byl rozšířen názor, že děti a adolescenti depresí netrpí, a pokud se u nich objevují depresivní symptomy,

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

Essau (2007) dále uvádí, že v **70. letech** bylo publikováno pouze několik významných klinických a vědeckých zpráv, které by zdůrazňovaly důležitost výzkumu depresivity u mladých lidí. V roce 1970 publikovali Poznanski a Zrull vynikající článek, v němž poukazovali na klinické případy, které byly léčeny ambulantně. U léčených adolescentů obsahovaly primární symptomy deprese smutek, zkroušený vzhled, stažení, pocity odmítnutí, negativní sebeobraz a nízké sebevědomí. Právě v tuto dobu byly zveřejněny první zprávy o nasazení antidepressiv, která byla vyvinuta pro terapii dospělých, v terapii deprese u dětí. Teprve **na přelomu 80. let** se v nejznámější americké učebnici psychiatrie autorů Kaplana, Friedmana a Sadocka objevuje samostatná kapitola věnovaná afektivním poruchám u dětí, tedy i depresi (srov. Goetz, 2005; Smolík, 2002; in Bajerová; Luebbers, 2009; Martin & Waltmanová-Greenwoodová, 1997). Teprve od **devadesátých let** se přístup odborníků změnil natolik, že je depresivita dětí, adolescentů a dospělých posuzována podobně (srov. Essau, 2007). Podle Říčana a Krejčířové (2006) trpí děti depresí nejméně stejně často jako dospělí.

Nad příčinami skutečnosti, že byly depresivní symptomy u dětí a adolescentů tak dlouho přehlíženy, se zamýšlejí např. Říčan a Krejčířová (2006) či Martin & Waltmanová-Greenwoodová (1997), kteří udávají jako možné vysvětlení fakt, že v rámci naší kultury mají dospělí tendenci vnímat období dětství a mládí jako šťastný, bezstarostný čas. Nedovedou si představit, že by dítě mohlo trpět depresí a případné problémy vysvětlují většinou tím, že dítě prochází náročným obdobím.

2.3. Depresivita a deprese

Obdobně jako při vymezování pojmu adolescence narážíme také při definování pojmů depresivita a deprese na nejednotnost přístupů a pojetí, jak o tom píše např. Branik (1990). Dle jeho slov bývá pojem deprese používán tak rozdílně, že jej v nejlepším případě vnímáme jako klinický syndrom, který sám o sobě nepřipouští žádné etiologické, patogenetické, prognostické nebo terapeutické implikace. „V zahraniční literatuře je na úrovni konceptu oddělována *Depression* případně *unipolar Depression*, *major Depression* a *depressive symptoms* nebo *depressive symptomatology*“ (Hollon, Thase, Kutcher, Marton & Boulos, 1993; in Haken, 2009, s. 8). Základem diskuse o těchto pojmech je však dle Hakena spor o to, zda má být k depresivitě přistupováno jako ke kategoricky vymezené klinické poruše, či jako k intervalové proměnné. **„Depresivita jako intervalová proměnná je chápána jako míra výskytu symptomů, které se týkají přítomnosti smutku a smutku s blíže nespecifikovaným trváním“** (Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey & Grant, 1993; in Haken, 2009, s. 9). **„Kategorický přístup** naproti tomu vychází z diagnostických kritérií a **vnímá depresi jako jasně vymezenou klinickou jednotku, která buď přítomná je, anebo není, ale neexistuje žádný přechodný stav“** (DSM IV, 2000; MKN 10, 2006; in Haken, 2009, s. 9).

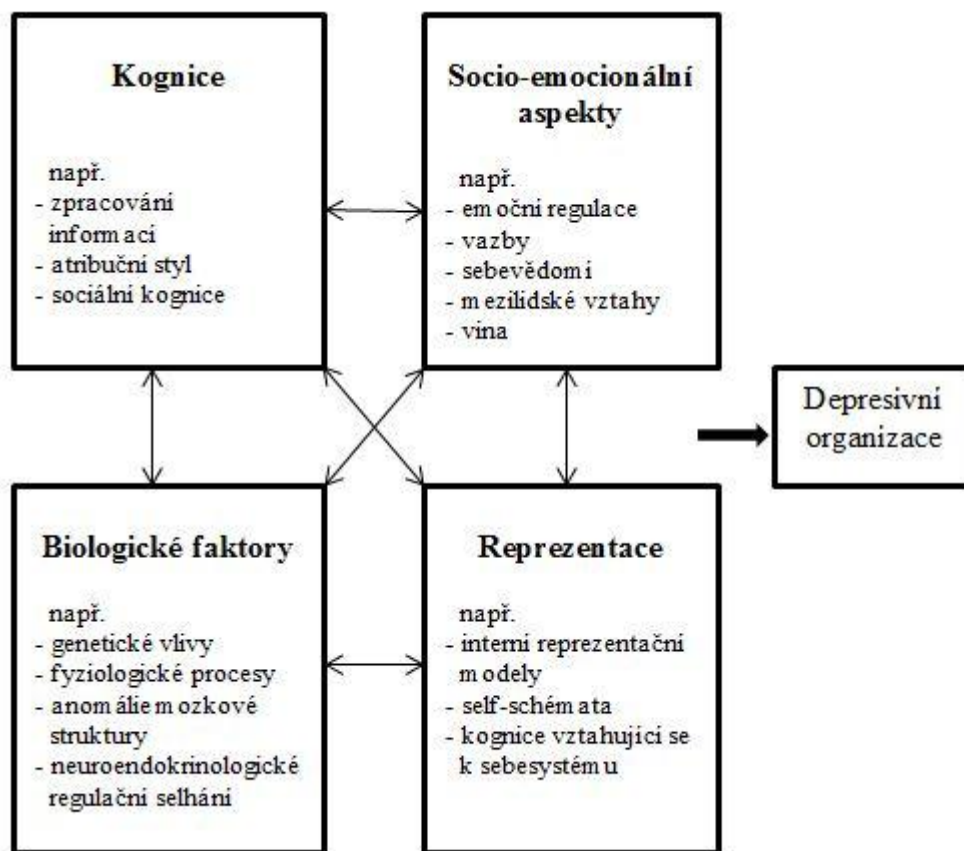
Důležitým zjištěním, které může dle našeho názoru částečně zklidnit spory ohledně vymezení pojmu, i případné obavy ze zvolení špatného pojetí v rámci námi uskutečněného výzkumu, je fakt, že **„výzkumné studie zabývající se depresivitou jako intervalovou proměnnou a výzkumy zaměřené na depresi jako klinickou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

adolescence. [...] Anvenevoli et al. (2008) doporučují po přezkoumání dosavadních výzkumů využívat **kategoriální hledisko pro klinická rozhodnutí**, zatímco **práce s konceptem depresivity jako kontinuální proměnné umožňuje dle nich přezkoumání celé škály depresivity a depresivních symptomů ve výzkumných studiích, které se zabývají vztahy s jinými proměnnými**“ (Haken, 2009, s. 9), což je dle našeho názoru adekvátním pojetím i pro účely této práce.

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

Příčiny vzniku deprese dosud nejsou objasněny, bývají ovšem často spojovány s nedostatkem určitých chemických látek v mozku. „Jedná se například o neurotransmitery serotonin (5HT) a norepinefrin (NE). Tyto neurotransmitery fungují jako posílčci mezi jednotlivými částmi mozku nebo mezi mozkem a zbytkem těla a jejich nedostatek způsobuje příznaky deprese“ (Carr-Gregg, 2012, s. 73). Dle Orla (2012) nemusí být příčinou vzniku deprese pouze nedostatek určitého mediátoru (např. serotoninu), což dokládá zjištěním, že určitá antidepresiva hladinu serotoninu snižují a přitom také působí antidepresivně. Dle něj nejde tedy jen o samotnou koncentraci neurotransmiteru, nýbrž také o rovnováhu a poměr mediátorových systémů. Existuje celá řada modelů, které se pokouší popsat etiologii deprese. Podle Groena (2002) se projevuje deprese, resp. depresivní organizace v integraci

rozdílných podílů různých psychologických a biologických systémů, jak je znázorněno v následujícím schématu.



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

Další model, který znázorňuje vznik a udržení deprese v adolescenci je znázorněn v příloze č. 9.

2.4. Symptomatika depresivity v adolescenci

Projevy deprese v adolescenci mohou nabývat mnoha různých forem. Essau (2002) dělí klinické znaky, neboli hlavní symptomy depresivní poruchy, do čtyř kategorií.

Hlavními symptomy depresivní osoby jsou:

- trvalé a obtížně snesitelné pocity smutku,
- zkrroušenost,
- ztráta zájmů a radosti a také
- snížená motivace k aktivitám všeho druhu při současné unavitelnosti

(srov. Petermann & Petermann, 2008; Groen, Petermann, 2002; in Essau 2002). Kromě toho se v odborné literatuře setkáváme také s dělením klinických znaků deprese na emoční, kognitivní, vztahově orientované a somatické symptomy. Podobné a podrobněji rozpracované dělení depresivních symptomů, na něž je třeba se v diagnostice depresivních poruch soustředit, zpracoval ve své publikaci Goetz (2005) a je obsaženo v následující tabulce.

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

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

Na rozdíl od dospělých musíme u adolescentů zohlednit fakt, že z důvodu vývojového stádia, v němž se právě nacházejí, jsou hranice fyziologických, depresi podobných stavů nálady a diagnostifikovatelných depresivních poruch nejasné. „Především psychoanalytické práce uvádějí, že smutné či dysforické ladění, snížené sebehodnocení, nejistota, pocity izolace, osamocení a prázdnoty, strachy, suicidální fantazie, podrážděnost, sociální uzavřenost, agresivní výpady atd. se objevují v rámci normálního vývoje a krizové vyostření či prodloužení popsaných, pro tuto fázi typických poruch, nemusí vést v žádném případě k propuknutí nemoci“ (Branik, 1990, s. 64). Co se dalších symptomů v adolescenci týče, zjistil Lewinsohn (1998; in Luebbers, 2009) že se u depresivní mládeže ve srovnání s depresivními dospělými častěji objevují pocity bezcennosti a viny. Mimo to je také v adolescenci nutno počítat

s vegetativní (maskovanou, larvovanou) depresí, při níž nejsou patrné žádné známky smutku, nýbrž pouze tělesné symptomy, např. nechutenství, poruchy usínání a spánku apod. (srov. Schmidbauer, 1994). Obdobně se vyjadřuje také Hort (2000), který uvádí, že pro adolescenty bývá typický neurastenický syndrom a až 40% adolescentů trpí poruchami myšlení a vnímání (halucinace, paranoidní percepce apod.).

Podle něj je pro depresivitu v adolescenci typické:

- výrazné kolísání nálady během dne,
- anhedonie, beznaděj,
- bludy,
- kolísání, útlum až psychomotorická agitace,
- hypersomnie,
- alkohol a drogy v depresivní epizodě.

Parry-Jones (1985; in Branik, 1990) rovněž upozorňuje na fakt, že hranice symptomatologie nemohou být přesně označeny, neboť se deprese v adolescenci manifestují jinými než typickými formami, mezi něž patří např. **delikvence, riskantní chování, neklid, snížená koncentrace, agresivita, zneužívání drog, somatické potíže, sexuální promiskuita**. Říčan a Krejčířová (2006) téměř shodně uvádí, že adolescenti někdy před pocity bezmoci sahají po alkoholu či drogách, resp. dívky mohou inklinovat k promiskuitnímu chování. Dle nich je na depresi nutno pomyslet vždy, když dojde ke **zhoršení školního prospěchu, k poruchám chování, či v případě některých somatických obtíží**. Obdobně se vyjadřují např. i Zapotoczky a Fischhof (2002), podle nichž se psychické nápadnosti v tomto věkovém období projevují ve většině případů nespecificky. Rovněž Goetz (2005) konstatuje, že rozpoznat depresi u mladistvých bývá obtížnější, než u dospělých, neboť **vyjádření symptomů bývá ovlivněno psychickou vyzrálostí jedince a svou roli zde sehrává také fakt, že adolescenti mohou mít problém s verbálním vyjádřením svého emočního stavu, případně o něm nechtějí hovořit vůbec**.

Essau et al. (1996) uvádějí, že depresivní symptomy *vyšší míra únavy a smutná nálada* s věkem narůstají, zatímco *vědomého sebepoškozování nebo*

suicidálních pokusů a pocitů bezvýznamnosti nebo nedostatečnosti s věkem ubývá. Jejich data ukazují také na **nárůst sebevražedných myšlenek se stoupajícím věkem dívek, chlapců však ne**. Dle výzkumu, který provedli Krch a Csémy (2005), si z jednotlivých depresivních příznaků chlapci nejčastěji stěžovali na poruchy soustředění, děvčata na celkový pocit skleslosti a na pocity smutku. Pokud jde o proporci, s jakou bylo celkové skóre deprese „syceno“ jednotlivými položkami, se „depresivní“ chlapci a dívky příliš nelišili ve většině depresivních příznaků (nechutenství, poruchy soustředění, apatie a abulie), kromě subjektivního hodnocení pocitu smutku, kde byl mezi chlapci a dívkami statisticky signifikantní rozdíl. **21% chlapců (11,7% dívek) s vysokým depresivním skórem uvedlo, že v posledním týdnu nemělo výraznější pocity smutku. Na druhé straně 55,1% depresivních děvčat, ale jen 34,2% depresivních chlapců uvedlo, že měli časté pocity smutku.** Tabulka výskytu depresivních symptomů v procentech podle věkových skupin, vytvořená na základě výzkumu Essau et al. (1998b), je obsažena v příloze č.3.

V souvislosti se symptomy považujeme za nutné poukázat také na výsledky některých klinických studií, jež dokládají **schopnost vysoce nadaných jedinců, maskovat určité symptomy deprese**. Faktory, které k tomuto fenoménu přispívají, jsou dle Jacksona a Petersona (2004; in Holasová, 2006):

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

2.5. Rizikové a ochranné faktory

V rámci této práce zmíníme pouze stručně vybrané názory na faktory, které jsou vnímány u dětí a dospívajících v souvislosti s depresí jako rizikové, či ochranné. Podle Carr-Gregga (2012) jsou rizikovými faktory, které ovlivňují vznik deprese, např. **problémy ve škole** (např. dítě nezvládá školní zátěž, nedaří se mu zapadnout do školního kolektivu nebo se stalo obětí šikany či kyberšikany ze strany svých spolužáků), zneužívání drog a pak také **předčasná**

sexualizace mladých lidí, především však mladých žen. Dle jeho slov přinesla obecně respektovaná zpráva Americké psychologické asociace z roku 2007 důkazy o tom, že zobrazování dívek a mladých žen jako sexuálních objektů, s nímž se dnes na každém kroku setkáváme v reklamě, v obchodě i v masmédiích, nepříznivě ovlivňuje sebeobraz dívek a jejich zdravý vývoj. Groen (2002, s. 57) se ve své studii depresivity zaměřuje jak na rizikové, tak na ochranné faktory v souvislosti se vznikem či rozvojem deprese u adolescentů.

„Faktory a podmínky zvyšující riziko:

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

Faktory a podmínky snižující riziko:

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

Hort (2000) uvádí tři **významné protektivní faktory u adolescentů** s nedevidantním chováním, mezi něž patří rodinné prostředí se saturací emočních vztahů, vyšší úroveň vzdělání nebo aktivní sportovní zařazení u mladistvého (včetně různých zájmových činností) a víra. Mezi **rizikové faktory**

radí např. rodičovskou psychopatologií, konfliktní rodinné prostředí, temperamentové charakteristiky a stresující životní události.

2.6. Prevalence a predikce dalšího vývoje

Zaměříme-li se na prevalenci deprese v adolescenci, zjistíme, že se statistické údaje značně liší. Důvodem mohou být jak určité rozdíly v psychopatologické definici, tak také využití rozdílných vyšetřovacích metod, různé způsoby výběru výzkumného vzorku, či rozdílné metody analýzy získaných dat. Nezanedbatelné bude také procento mladých lidí, u kterých jsou přítomny depresivní symptomy, ale kteří nejsou vyšetřeni či zahrnuti do výzkumu. Podle Carr-Gregga (2012) se onemocnění poprvé projeví u 75% lidí s duševními problémy ještě před dosažením věku 24 let, přičemž dle jeho odhadů vyhledá pomoc odborníka necelých 30% dospívajících s depresí, úzkostí a jinými duševními poruchami.

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

podle nichž je většina adolescentů (cca 80%) dobře adaptována a netrpí výraznějšími psychickými poruchami.

Výzkumy věnující se depresivní náladě opakovaně potvrzují stabilitu tohoto fenoménu. „Například autorům Holsen, Kraft & Vittersø (2000) se podařila prokázat stabilita depresivní nálady v rozmezí šesti let (ve 13, 15, 18, 19 letech věku jednotlivých respondentů). K podobnému závěru dospěli i Devine, Kempton & Forehand (1994) u respondentů v rozmezí 13 až 19 let. Jejich výsledky ukazují, že **depresivní symptomatologie je relativně stabilní**, a že depresivní nálada během adolescence je asociována s různými problémy v pozdějším životě“ (Dalajka & Širůček, 2010, s. 5). Pro srovnání uvádíme, že Seifertová, Praško a Höschl (2004) tvrdí, že depresivní porucha začíná nejčastěji až mezi 25. a 35. rokem života a její průběh se často vyznačuje rekurencí. Co se délky trvání deprese v mládežnickém věku týče, může silně variovat, např. dle Luebberse (2009) **může trvat od několika týdnů do několika let**.

V Bremer Jugendstudie (Essau, 2000), realizované v Německu, „udávalo 17,9% všech adolescentů, že již jednou ve svém životě trpěli depresivní poruchou. Srovnatelnost těchto celoživotních prevalencí s prevalencemi dospělých (Kessler et al. 1994) naznačuje, že deprese u dospělých začíná často v adolescenci“ (Essau, 2007, s. 47). Více autorů upozorňuje na určitou **souvislost mezi depresivitou v adolescenci a v dospělosti**, jejich názory jsou však často odlišné či empiricky nedostatečně podložené. Pro ilustraci uvedeme některé z nich. Harrington, Ruber, & Frombonne (1996; in Haken, 2009) uvádějí, že **84% dospívajících, kteří prožili depresivní epizodu v tomto vývojovém období, ji zažije i v dospělosti**. Opačný názor zastává např. Branik (1990), který tvrdí, že **depresivní syndromy v dětství a mládí nejsou v žádném případě předchůdci depresivních onemocnění v dospělosti**. K tomuto tématu se vyjadřují i další autoři, např. Krch a Csémy (2005), kteří tvrdí, že ačkoliv jsou depresivní příznaky mezi adolescenty poměrně rozšířené, jde většinou o tranzitorní problém. Mnoho životních okolností, situací a změn sice dle jejich slov může na dospívajícího působit depresivně, více než 60 % těchto depresivních stavů však odezní. Zbývajících **40 % případů však může přejít v trvalejší depresivní poruchu** nebo být spojeno s dalšími psychickými obtížemi. Birmaher et al. (1996; in Bajarová,

2006) uvádějí, že **prevalence celoživotní silné deprese je odhadována na 15 - 20%, což odpovídá zhruba údajům populace v adolescenci**. Na základě tohoto zjištění se výše zmiňovaní autoři domnívají, že **deprese v dospělosti má často své počátky v adolescenci**. Dle Langmeiera, Balcara a Špitze (1989) mohou být mnohé poruchy v tomto věku reakcí na přetížení a ztrácejí se, jakmile se podmínky upraví. **Do dospělosti přetrvávají ve 40 – 70% případů**.

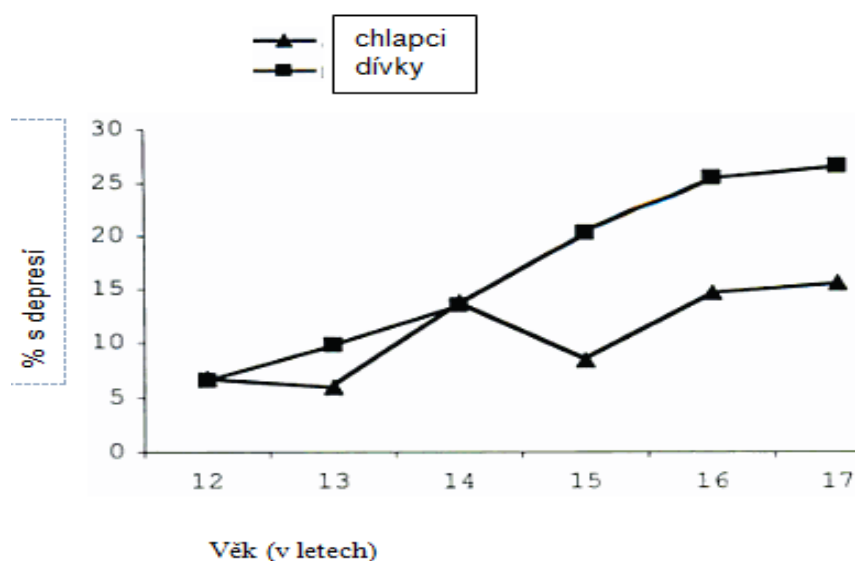
„Mnoho výzkumníků (např. Doleys, 1977) tvrdí, že velká část dětí je schopna své problémy vyřešit i bez zásahu terapeuta, z čehož plyne, že u dětí existuje vysoká četnost spontánní údravy. Jiní (např. Kazdin, 1988) zase uvádějí, že pouze malá část dětí, které to potřebují, je odesílána k terapii, a že ty děti, které jsou k terapii odeslány, nemusí nutně představovat právě tu skupinu, která ji potřebuje nejvíce“ (Ronenová, 2000, s. 24)³. Že tento problém ovšem nelze bagatelizovat, dokládají Říčan a Krejčířová (2006) statistickými daty z let 1986 a 1993, v nichž bylo v ČR zaznamenáno v prvním případě v adolescentním věku 524 suicidálních pokusů a 35 dokonaných suicidií, ve druhém případě 49 suicidií. Další data nejsou k dispozici, neboť byla zrušena povinnost tzv. suicidálního hlášení. Dle Horta (2000) **je riziko suicidia je u depresivních nezletilých až dvacetkrát vyšší, než v běžné populaci**.

2.7. Depresivita a pohlaví

Podle mnoha výzkumů spolu depresivita a pohlaví významně souvisejí. Haken (2009) ve své práci prokázal předpoklad, že **depresivita v průběhu adolescence narůstá a že narůstá rychleji u dívek než u chlapců**. Carr-Gregg (2012) udává, že se v období adolescence deprese **vyskytuje** ve většině západních společností dvakrát častěji u dívek než u chlapců. Obdobné údaje nalezneme i u Goetze: “Na základě průřezových studií prováděných v 90. letech 20. století víme, že s depresí se v nezanedbatelné frekvenci setkáme nejen u adolescentů, ale i u méně vyzrálých, prepubertálních dětí. U dětí byl zjištěn 2–4 % výskyt deprese, poměr chlapců a dívek byl 1:1. Směrem k adolescenci prevalence roste na 4–8% a objevuje se pohlavní diference ve

³ Více k tomuto tématu viz kapitola 2.8.

výskytu deprese, dívky jsou postiženy dvakrát častěji než chlapci“ (Goetz, 2005, s. 271). Jak uvádí ve své práci Groen, „zatímco u dětí nebyly zjištěny jednoznačné rozdíly v četosti výskytu s ohledem na pohlaví, je možno na základě dnes známých výsledků vycházet z toho, že v mládežnickém věku, resp. **po pubertě, jsou dívky depresí postiženy dvakrát častěji, než chlapci** (srov. Angold et al., 1998; Bebbington, 1998; Groen et al., 1997). Kritický věk pro zvýšené riziko deprese je u dívek zhruba mezi 13. až 15. rokem (Cohen et al., 1993; Hankin et al., 1998; Lewinsohn et al., 1998; McGee, Feehan, Williams & Anderson, 1992; srov. Angold et al., 1998). Také ve studiích, které jsou zaměřeny na dimenzionální pojetí depresivní symptomatiky, je pozorován tento trend. U dívek mohou být od rané adolescence zjištěny depresivní změny nálad a jiné depresivní symptomy signifikantně častěji než u chlapců“ (např. McGee et al., 1994; Holsen, Kraft & Vitterso, 2000; Kumpulainen et al., 2000; Patten et al., 1997; Petersen, Sarigiani & Kennedy, 1991; srov. Compas et al., 1997; Nolen-Hoeksema & Girug, 1994; Petersen et al., 1993; in Groen, 2002, s. 33). „V *Dunedin Studie* (McGee et al., 1992) *New York Studie* (Cohen et al., 1993) a *Great Smoky Mountain Studie* (Angold et al. 1998) se u dívek až do 13. roku života neobjevovaly vyšší křivky depresivity, než u chlapců (viz následující graf). V *Bremer Jugendstudie* (Essau, 2000) byly zřetelné **signifikanční rozdíly mezi pohlavími po dosažení věku čtrnácti let**“ (Essau, 2007, s. 56).

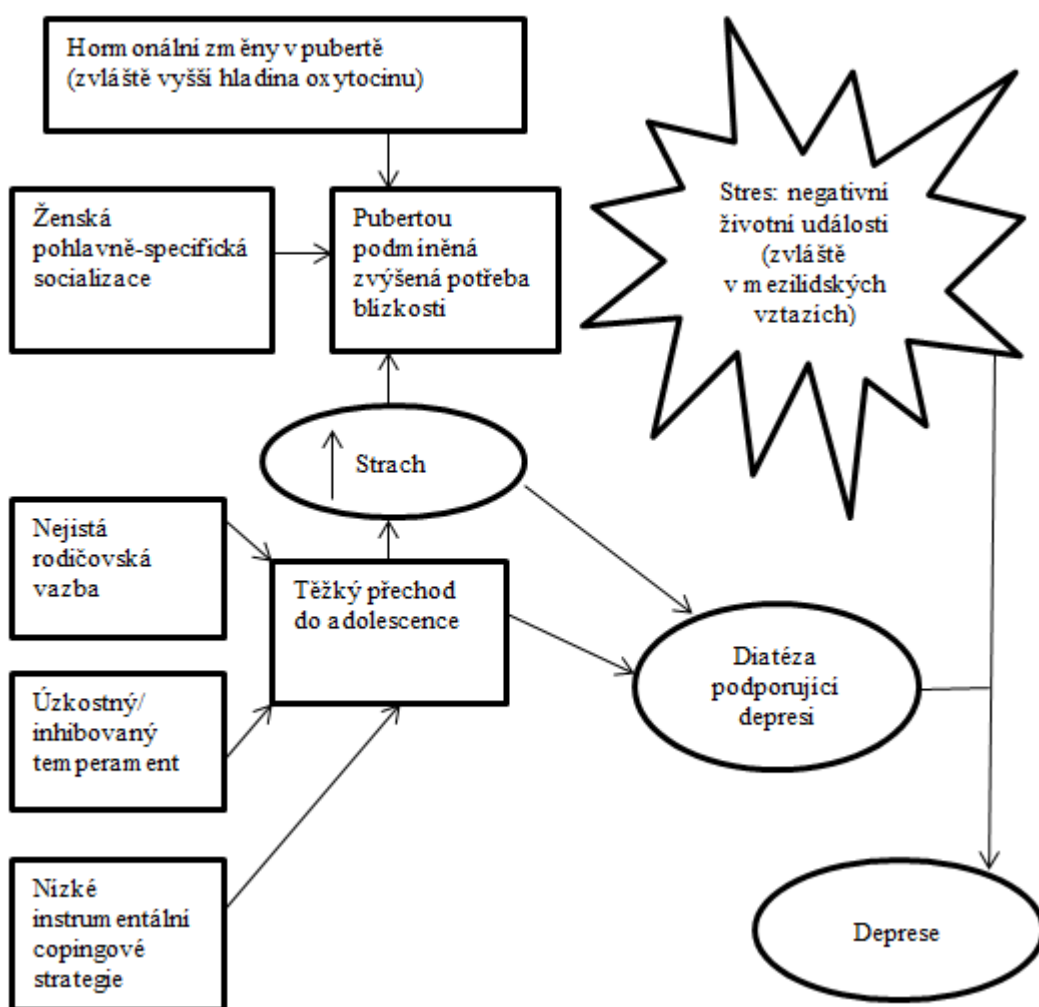


Obrázek 2: Depresivní poruchy podle věku a pohlaví (Essau, 2000, s. 59)

Dosud není známa **příčina toho, proč jsou u dívek v období dospívání častěji zaznamenávány depresivní symptomy**, než je tomu u chlapců. Uvažuje se o vlivu ženských hormonů, změnách sociálních rolí, či předčasné sexualizaci mladých dívek (srov. např. Carr-Gregg, 2012). Zajímavé je také zjištění Essau (2007), která při analýze výsledků realizovaného výzkumu došla k závěru, že existuje souvislost mezi depresí a mnoha životními událostmi, neboť **dívky ve srovnání s chlapci referovaly o větším množství negativních životních událostí a byly jimi také častěji poškozeny**. Dle jejího názoru může být jedním z možných vysvětlení rozdílů mezi pohlavími také **využívání rozdílných copingových strategií** či vyšší nároky, které jsou na dívky v tomto věkovém období kladeny. Upozorňuje také na přehlížený fakt, že **ačkoliv většina autorů vnímá rozdíl v depresivitě dívek a chlapců jako skutečný, může jít pouze o něco, co vzniká na základě rozdílného způsobu zodpovídání otázek, např. rozdílné otevřenosti**. Následně uvádí zajímavé zjištění, a sice, že z faktu, že se chlapci a dívky odlišují s ohledem na dobu a projevy puberty, a že existují rozdílné vzory pro vznik deprese, **je možno vyvozovat kauzální souvislost mezi depresí a pubertou**. „Například ve studii Garbera et al. (1997) se ukázalo, že dívky, které měly pubertu dříve či později, častěji trpěly *Major Depression*, než dívky s normálním začátkem puberty. U chlapců byla křivka *Major Depression* nezávislá na zahájení puberty. [...] Také výsledky Angolda a spolupracovníků ukazují, že **je možno na základě pubertálního statusu lépe predikovat častost výskytu deprese u dívek, než na základě věku**“ (Essau, 2007, s. 50).

Cyranowski et al. (2002; in Essau 2007) popsali v modelu, vysvětlujícím rozdíly mezi pohlavími u deprese (viz níže), nejprve hormonální a sociální mechanismy u dívek v pubertě, které dle nich vedou ke zvýšené potřebě blízkosti a touze po intenzivnější emocionální komunikaci. Tato potřeba blízkosti může vést spolu s těžkým přechodem do adolescence k rozvoji depresivní diatézy (vulnerability). Zvýšenou potřebu blízkosti a důvěrnosti u dívek připisují autoři modelu faktu, že **dívky jsou ve svém vývoji v rámci socializace vedeny k utváření vztahů a k vytváření postojů k sobě samé ve spojitosti s ostatními, zatímco socializace chlapců je zaměřena více na sebeprosazení a rozvoj osobní autonomie**. Zatímco jistá rodičovská vazba u dívek uspokojuje jejich potřebu blízkosti, vede nejistá vazba zřejmě

k častějšímu navazování intenzivnějších vztahů s vrstevníky. Tato vazba může být stejně intenzivní, jako nestabilní, a v případě zátěže nemusí poskytovat dostatečnou podporu. U dětí s úzkostným temperamentem je vyšší míra rizika, že budou navazovat nejisté vazby a v dospělosti budou spíše náchylní k úzkostným poruchám, což dále zvyšuje jejich citlivost k zátěži a brání rozvoji podpůrných mezilidských vztahů. **Rozdíl** mezi pohlavími je dle autorů i **v copingových strategiích**. Zatímco dívky jsou zaměřeny více na vztahy, vykazují nižší míru schopnosti sebeprosazení a na zátěž reagují častěji hloubavým, přemýšlivým chováním (což u nich ještě zvyšuje subjektivní pocity zátěže), bývají chlapci více aktivní a projevují snahu vzniklé napětí odreagovat. Svou roli zde pak sehrávají také negativní životní události, jak o tom pojednává např. Essau (2007), viz výše.



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

2.8. Školní psychická zátěž a prospěch

Přechod ze základní školy na střední školu, ke kterému v České republice dochází kolem 15. roku života, je velmi výraznou změnou, která s sebou přináší zvýšenou zátěž a mnohá rizika. Mladý člověk se ocitá v novém prostředí, v nových sociálních skupinách, dochází k rozvolnění mnoha původních sociálních vazeb, což samo o sobě nebývá snadné. Setkává se s novými učiteli a jejich požadavky, s novými předměty, které pro něj mohou být v počátku studia obtížně uchopitelné, a s novými nároky jak ze strany školy a spolužáků, tak také rodičů. Přechodem na novou školu ztrácí také svou pozici, kterou měl v původní škole, třídě, či v očích učitelů, kteří jej znali. To může sice být v některých případech výhodou a představovat jakousi „novou šanci“ pro vybudování lepší pozice, není tomu však vždy. Kontakty a vazby na učitele jsou na středních školách ve většině případů volnější a slabší, než tomu bývá na školách základních. Jedinec, který byl zvyklý dosahovat na základní škole s vynaložením malé námahy dobrých výsledků, může být zaskočen svým neúspěchem, aktivnějšími spolužáky, či množstvím učiva. Nezřídka dochází také k nepochopení ze strany rodičů, kteří nemusejí vždy citlivě reagovat na novou situaci a mohou vyžadovat po svých dětech, aby dosahovaly výsledků, na něž byli doposud zvyklí. Mírné a v mnoha případech přechodné zhoršení známek v prvních měsících studia na střední škole je přitom běžné, a to zvláště u těch mladých lidí, kteří se pomaleji přizpůsobují novým podmínkám, mají méně vyvinuty seberegulační strategie, hůře odhadují požadavky nových učitelů a obtížněji navazují kontakty, nejsou zvyklí jednat samostatně, špatně zvládají novou situaci, nevyužívají správné copingové strategie, či byli na základních školách nadhodnocováni. Mnozí mladí lidé také do nové školy delší dobu dojíždějí, což bývá spojeno s vyšší únavou, či je čeká dokonce výrazná zátěž spojená s ubytováním na internátě, kde jim náhle chybí zázemí rodiny a kde tráví bez přímého dozoru dospělých velkou část svého času. Nutnost přizpůsobit se druhým a vytvořit si blízké vazby s lidmi mimo vlastní rodinu je na internátu ještě mnohem výraznější. Problematická bývá i situace, kdy se mladý člověk cítí na internátu dobře z důvodu silně narušených vazeb s rodinou, neboť se nezřídka musí vyrovnat s pocitem, že doma není jeho přítomnost žádoucí.

Zohledníme-li navíc vývojové změny tohoto věku, spojené s hledáním vlastní identity, vztahy s opačným pohlavím, pochybnosti ohledně vlastního těla, odpoutávání se od rodičů či nejistotu ohledně vlastní budoucnosti a dalšího životního zaměření, nemůže být žádných pochyb o tom, že se jedná o náročné životní období, v němž má jedinec za úkol vyrovnat se s mnoha nároky a novými situacemi. Těmto tvrzením odpovídají také další empirická výzkumná data, např. ta, která publikoval Haken (2009). Podle jeho zjištění **dochází jak u chlapců, tak u dívek v 15 letech k náhlému nárůstu těsnosti vztahu mezi depresivitou a školními problémy**, která se v 17 letech snižuje opět na úroveň 13. roku věku. Tento jev vysvětluje možnými zvýšenými nároky na dospívající, které zřejmě souvisí s nutností výběru střední školy a obvykle také s přijímacími zkouškami. „Křehkost“ nově se ustalující osobnosti v krizovém období hledání identity dává prognosticky značné možnosti k „přehození výhybek“ porušeného vývoje (Langmeier, Balcar, & Špitz, 1989, s. 34). Jak dodává Luebbers, **„zatížení depresivními symptomy u adolescentů je výraznější tam, kde psychosociální zátěžové situace překračují psychické kompetence mladého člověka. Prostředí školy hraje v socializaci a psychickém vývoji mladého člověka obzvlášť významnou roli**. Z tohoto důvodu nabízí prostředí školy také bohatý zdroj informací, když jde o to, zkoumat depresivní symptomy zátěže žáků jako reakci na všední psychosociální zátěžové momenty“ (Luebbers, 2009, s. 1).

V souvislosti s výskytem depresivních symptomů hovoří mnozí odborníci o změně či **zhoršení kognitivních funkcí a zkreslujících kognitivních procesech**, a to jak ve formě nedostatků v aktivním zpracovávání informací, tak ve formě snížené schopnosti sebeovládání, negativního atribučního stylu, nízké sebeúcty, pocitů bezmocnosti a beznaděje a s tím spojeným **zhoršením školního prospěchu** (srov. např. Barona Peixoto, 1991; Kendall, Stark, Adam, 1990; Kaslow, Rhem, Pollack a Siegal, 1988; in Ronenová, 2000). „Na sebe zaměřené přemítání v kontextu depresivní nálady vede ke **zhoršení pozornosti** věnované důležitým úkolům (např. studiu, řešení signálů o zdravotních problémech). Kromě tohoto omezení pozornosti a aktivace nezbytných kognitivních aktivit přispívá k narušení výkonu skutečnost, že opakované katastrofické přemítání vede ke **zvýšení sebekritičnosti, nejistoty a pesimismu**“ (Stuchlíková, 2002, s. 119). Na zhoršení školních výsledků

upozorňuje např. také Carr–Gregg (2012), který tvrdí, že se u depresivních dospívajících můžeme velmi často setkat s nezájmem o školní práci, oblíbené předměty i mimoškolní činnosti, se zvýšenou mírou únavy a zhoršeným soustředěním, což může následně vést ke zhoršení školních výsledků, frustraci, ztrátě motivace či k apatii. Děti pak dle jeho názoru pracují nedbale, neboť jim přibývá nesplněných úkolů. Konkrétnímu popisu příznaků depresivity ve školním prostředí se pak věnuje např. Essau (2007, s. 63):

Přehled znaků, které by mohly ukazovat na depresivitu ve školním prostředí:

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

Poznat a jednoznačně popsat příčiny školního neprospěchu či zhoršeného prospěchu je nemožné, neboť u každého jedince dochází k působení mnoha různých vlivů, v různých časech, situacích, kombinacích či intenzitě (srov. zátěžové situace popsané v úvodu této kapitoly). Vyvozování kauzálních vztahů by bylo pouhou spekulací, neboť nejsme schopni postihnout všechny proměnné, mezi něž nepochybně patří také jedinečná osobnost jedince v rozmanitosti jeho sociálních vazeb. Na základě mnoha dat o depresivních symptomech je však dle našeho názoru určitá souvislost mezi školním prospěchem a depresivitou zřejmá, což poněkud poeticky vyjádřili i Martin & Waltmanová-Greenwoodová (1997, s. 31). „Bez ohledu na pohlaví a věk, pokaždé když se krátkodobý smutek změní v dlouhodobou depresi, působí to, jako kdyby někdo nasypal písek do soukolí mechanismu rodinného i školního života postiženého dítěte. Důsledkem logicky bývají i obtíže s učením“.

Krejčířová (Říčan & Krejčířová, 2006) upozorňuje rovněž na vysokou incidenci deprese u dětí s poruchami učení (udává až 40%), jež může být zřejmě reakcí na opakované selhávání a hyperkritické postoje okolí. I tuto skutečnost je třeba mít při zkoumání depresivity v období puberty a adolescence na zřeteli. Ačkoliv výše zmiňovaní autoři upozorňují na zhoršení prospěchu jakožto faktor doprovázející depresivní poruchy, neuvádějí odkaz na výzkum, který by se touto problematikou zabýval a překládal ověřené poznatky.

Problémem také zůstává fakt, že depresivní adolescenti mohou uniknout pozornosti učitelů, kteří mohou znuděnost, zhoršení školního prospěchu, emocionální výkyvy či např. častější absenci považovat za projevy typické pro popisované vývojové období. Určení jasnější hranice mezi normálním vývojem a patologií je možné pouze na základě odborného vyšetření. **Adolescenti se zvýšenou mírou depresivity na sebe v mnoha případech upozorňují méně, než jiní studenti.** „Výzkumy sledující důvody odeslání k terapii ukázaly, že rodičům a učitelům nejvíc vadí takové chování dítěte, které se v literatuře označuje jako *nedostatečně kontrolované chování* (např. negativismus, agresivita, násilí a neposlušnost). Titíž **dospělí mají sklon přehlížet problémy dětí označované jako *přehnaně kontrolované chování* – kam patří strachy a úzkosti, nízké sebevědomí a nízká sebedůvěra a deprese** – které mohou budoucí rozvoj dítěte narušovat stejně vážně“ (Aschenbach, 1985; Hodbes, Gordon a Lennon, 1990; Mash a Terdal, 1988; in Ronenová, 2000, s. 29). Tomuto tvrzení odpovídá také názor Groena a Petermanna (2002), kteří **přiřazují depresi k internalizovaným poruchám, resp. k poruchám spojeným s nadměrnou kontrolou.** Podle Luebberse (2009) se na rozdíl od člověka, trpícího externalizovanými poruchami (hyperaktivitou či agresivním chováním), chová depresivní osoba často nenápadně, což potvrzují i Martin a Waltmanová-Greenwoodová (1997), podle nichž **nejčastěji trpí depresí děti, které bývají charakterizovány jako citlivé, dobře vychované, snažící se udělat dospělým radost, které berou své školní i osobní povinnosti velmi vážně a přistupují k nim zodpovědně.** V době, kdy začíná být u těchto dětí patrná ztráta motivace a zhoršená schopnost učení, mívají za sebou často už dlouhé období deprese, čítající týdny či měsíce.

2.9. Teoretická východiska výzkumu

Empirická data, získaná studiem odborné literatury, jsme v předchozích částech rozčlenily do různých oblastí a vycházely jsme z nich při sestavování výzkumného plánu. Zaměřily jsme se na souvislost mezi depresivitou a školním prospěchem, mimo jiné na základě tvrzení mnoha autorů, kteří popisují, že **jedním z průvodních znaků depresivity bývá zhoršení motivace, soustředění a kognitivních funkcí, v jejichž důsledku je možné očekávat také zhoršení výsledků ve škole** (srov. např. Smahel, nedatováno; Říčan & Krejčířová, 2006; Ronenová, 2000).

Výzkum, který by se zabýval souvislostí mezi prospěchem a depresivitou adolescentů, se nám nepodařilo v odborné literatuře dohledat, což může souviset také s faktem, že téma depresivity v dětství a adolescenci bylo dlouhou dobu opomíjeno. Existují však výsledky výzkumů z posledních let, zaměřených na souvislost depresivity a nadání v tomto vývojovém období. Při našich úvahách o tom, zda bude míra depresivity mezi studenty různě náročných oborů signifikantně rozdílná, jsme tak vycházely z výzkumů, které s otázkou depresivity a školního prospěchu souvisejí okrajově. Existují různé domněnky týkající se souvislosti mezi nadáním a depresivitou, i velmi odlišná zjištění na základě provedených výzkumů. Podle některých autorů si nadaný jedinec uvědomuje výrazněji rozpor mezi svými možnostmi a limity, což může vést k endogenní depresi (srov. Web, 1993; Brody & Benbow, 1986 in Holasová, 2006). Jiní autoři, např. Freemanová, poukazují na fakt, že „nadané děti jsou pravděpodobně více citlivé k emocionálním výkyvům v rodinách, přesto neexistuje jasná evidence o jejich náchylnosti k sociálním a emocionálním problémům. Řada autorů spíše poukazuje na lepší přizpůsobivost, nižší míru úzkosti, vyšší produktivitu a motivaci“ (Freemanová 1993, in Holasová, 2006; srov. dále Garlandová, Zigler, 1999, in Holasová, 2006). Holasová (2006) ve svém výzkumu prokázala vyšší míru depresivity u rozumově nadaných adolescentů, přičemž nejvyšší míru depresivity zjistila u adolescentů jednoho konkrétního gymnázia. Domnívá se, že se na těchto výsledcích podílel mimo jiné typ školy, přístup učitelů ke studentům, popř. očekávání rodičů a sebe prezentace školy. Právě fakt, že se výsledky výzkumů v této oblasti značně liší, nás vedl k rozhodnutí provést **testování na jedné konkrétní škole s obory**

různé náročnosti a vyloučit tak mnohé proměnné, související s různými typy škol, které by mohly výsledky více zkreslovat.⁴

Při rozhodování o tom, jak dlouhé časové období do výzkumu zahrneme, tj. zda se zaměříme pouze na aktuální údaje o prospěchu, či vyhodnotíme prospěch za delší časové období, jsme vycházely z mnoha poznatků, jež formulovali např. Martin a Waltmanová-Greenwoodová (1997). Tito autoři tvrdí, že deprese není krátkodobou záležitostí a v době, kdy se u dítěte projeví změny ve školní práci, mívá za sebou někdy již dlouhé období deprese. Často **trvá celé týdny, ba i měsíce, než dítě, které trpí depresí, ztratí motivaci a než se zhorší jeho schopnost řešit školní problémy**, pamatovat si základní fakta učební látky a úkoly, jež má vypracovat.

Rozhodly jsme se také ověřit míru depresivity u dívek, ve srovnání s chlapci a podrobněji se zaměřit také na popisované symptomy s ohledem na pohlaví, neboť dostupné výzkumy poukazují na fakt, že i v této oblasti existují genderové rozdíly, ve smyslu zvýšeného rizika deprese u žen (srov. Horwath, Weissman in Csémy 2005). Jak ale připomínají Weissman a Klerman (in Krch & Csémy, 2005), není to jenom tím, že ženy mají tendenci více mluvit o svých problémech a snadněji požadují podporu a pomoc než muži, ale také reagují jinak než chlapci na některé položky v dotaznících, což zjistili také Krch a Csémy (2005), podle nichž si z jednotlivých depresivních příznaků **chlapci nejčastěji stěžovali na poruchy soustředění, děvčata na celkový pocit skleslosti a na pocity smutku**. Jedním z cílů tohoto výzkumu je ověření těchto tvrzení u výzkumného vzorku s využitím sebeposuzovací škály, přičemž si jsme vědomy omezení, které s sebou tato metoda přináší, a které stručně shrnuje také Ronenová, podle níž **„je důležité nechápat sebeposuzování dítěte jako skutečnou pravdu, odrážející objektivní realitu (tj. „toto dítě je v depresi“), ale spíše jako popis toho, jak dítě prožívá své vlastní vnitřní pocity a své chování** (tj. „toto dítě se cítí depresivně“ nebo „toto dítě má pocit, že trpí depresí“). Kromě toho může být sebeposuzování dítěte ovlivněno různými situačními proměnnými“ (Ronenová, 2000, s. 31).

⁴ Přitom jsme si vědomy faktu, že samotné studium náročnějšího oboru nevypovídá o lepších rozumových schopnostech studentů, ve srovnání s oborem jednodušším a také faktu, že rozumové nadání není jediným faktorem, ovlivňujícím školní prospěch (srov. kap. 2.8.).

VÝZKUMNÁ ČÁST

3. Metodologický rámec výzkumu

3.1. Cíle výzkumu

Provedený orientační výzkum směřoval do oblasti na pomezí školní a klinické psychologie a byl zaměřen především na zkoumání míry depresivity a školní prospěch studentů SŠ. Hlavním cílem tohoto výzkumu je **zjistit, zda existuje souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem výběrového vzorku a následně tuto případnou souvislost popsat, a to s využitím statistických metod pro analýzu dat**. Kromě toho je výzkum zaměřen také na zjištění, zda se liší míra depresivity studentů různých studijních oborů ve stejném školním prostředí, zda u zkoumaného vzorku existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou depresivity dívek a chlapců, a zda se případně liší také popisované symptomy depresivity z genderového pohledu. V neposlední řadě má tento výzkum doplnit stávající výzkumy, týkající se faktorů souvisejících se školním prospěchem, o další zjištění a rozšířit teoretický základ pro následné bádání v této oblasti.

3.1.1. Formulace hypotéz

Při tvorbě výzkumného plánu jsme formulovaly následující čtyři hypotézy:

H1: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem studentů 2. a 3. ročníku SŠ v tom směru, že studenti, kteří mají lepší školní prospěch, vykazují nižší úroveň depresivity.

Mírou depresivity je na tomto místě i v dalších hypotézách míněna hodnota změřená jednorázově standardizovaným testem BDI-II.

Střední školou jsou míněny čtyřleté maturitní obory včetně gymnázia.

Školní prospěch je v tomto případě zjišťován jakožto prostý průměr známek dvou po sobě jdoucích posledních vysvědčení na téže škole, kromě známky z

chování, přičemž nižší hodnota tohoto průměru je posuzována jakožto lepší školní prospěch.

H2: Mezi studenty různých testovaných oborů není signifikantní rozdíl v míře depresivity.

H3: Existuje statisticky významný rozdíl v míře depresivity mezi skupinami dívek a chlapců, v tom směru, že u dívek je míra depresivity vyšší.

H4: Skupiny dívek a chlapců se liší v nejčastěji udávaných symptomech depresivity.

3.2. Cílová populace a výzkumný vzorek

Cílovou populaci tvoří **studenti SŠ Kostka, s.r.o. Vsetín, což je škola s různými maturitními obory včetně gymnázia**. Výzkumný vzorek byl vybrán metodou příležitostného výběru, přičemž hlavním důvodem tohoto méně reprezentativního výběru byl záměr otestovat studenty ze stejného školního prostředí, aby bylo co nejvíce minimalizováno zkreslení způsobené různými typy školního klimatu a výrazně rozdílnými způsoby hodnocení ze strany učitelů, na něž narážíme u výzkumů, zabývajících se srovnáváním školního prospěchu studentů z různých typů škol. Jsme toho názoru, že právě tento typ výzkumů v České republice chybí. Nevýhodou tohoto výběru, které jsme si samozřejmě vědomy, je výrazně omezená možnost zobecnění výsledků výzkumu na celou populaci studentů SŠ v České republice. Na náš výzkum je možno z tohoto důvodu pohlížet jako na jistý typ orientačního či pilotního výzkumu, který může být jakousi základnou pro další zkoumání v této oblasti.

S ohledem na fakt, že samotný sběr dat probíhal v měsících dubnu, květnu a červnu, byli do výzkumného vzorku zahrnuti pouze studenti 2. a 3. ročníků. Studenti prvních ročníků jednak ještě neměli klasifikaci z konce školního roku, jež byla součástí získávaných výzkumných dat, a kromě toho byli vystaveni zvýšené zátěži spojené s přechodem ze ZŠ na SŠ (nové školní prostředí, nové předměty, noví spolužáci a učitelé, větší požadavky na samostatnou práci atd.),

což by mohlo výrazně ovlivnit jak jejich prospěch v pololetí, tak také jejich vnímání symptomů testovaných v sebeposuzovacím testu depresivity. Z podobných důvodů byli z výzkumu vyřazeni také studenti čtvrtých ročníků, u nichž jsme předpokládali zvýšenou zátěž s ohledem na konání maturitní zkoušky a rozhodování o dalším profesním či životním zaměření. Podrobnější data pro testovaný soubor poskytuje následující tabulka:

Obor	Počet dívek	Počet chlapců	Celkem	Průměrný věk (SD)
Gymnázium	15	9	24	17,5 (0,8)
Pedagogické lyceum	47	1	48	17,2 (0,7)
Podnikatelský obor	40	26	66	17,3 (0,7)
Celkem	102	36	138	17,3 (0,7)

Tabulka 3: Počty a průměrný věk studentů testovaného souboru (N = 138)

Celkem se testování zúčastnilo **141 studentů 2. a 3. ročníků**, 3 dotazníky byly pro neúplnost dat z následné analýzy vyřazeny a někteří studenti se testování nezúčastnili, a to z následujících důvodů:

- nebyli plnoletí a nepřinesli souhlas zákonného zástupce
- v době testování nebyli přítomni ve škole
- na začátku školního roku přestoupili na SŠ Kostka z jiné střední školy, na níž byli v závěru loňského školního roku klasifikováni z jiných předmětů, jinými učiteli a v jiném školním prostředí.

Testování nikdo ze studentů ani zákonných zástupců přímo neodmítl.⁵ Procentuální zastoupení studentů z jednotlivých oborů v testovaném vzorku a poměr chlapců a dívek přibližně odpovídá procentuálnímu zastoupení studentů daných oborů a pohlaví na dané škole. Počty respondentů, jejichž dotazníky byly zahrnuty do výzkumu, jsou následující:

- 24 studentů gymnázia
- 48 studentů pedagogického lycea
- 66 studentů podnikatelského oboru

⁵ Za odmítnutí nepovažujeme fakt, že někteří studenti nepřinesli písemný souhlas zákonného zástupce s provedením testování, jelikož se sice mohlo jednat o nepřímé odmítnutí či nesouhlas, zároveň však mohla být příčinou pouhá zapomětlivost či nedbalost.

Obory	Podíl studentů 2. a 3. ročníků podle jednotlivých oborů ve škole v %	Podíl studentů 2. a 3. ročníků podle jednotlivých oborů ve výzkumném vzorku v %
Gymnázium	17	13
Pedagogické lyceum	33	29
Podnikatelský obor	50	58

Tabulka 4: Srovnání procentuálního zastoupení studentů jednotlivých oborů, kteří navštěvují 2. a 3. ročník školy, na níž proběhlo testování, a studentů jednotlivých oborů ve výběrovém vzorku. (Údaje platné pro červen 2012)

Ve výše uvedené tabulce jsou obory seřazeny podle náročnosti studia od nejvyšší po nejnižší. Toto řazení bylo provedeno na základě ŠVP dané školy, v němž je definován profil absolventa, oblasti jeho dalšího uplatnění a probírané učivo.⁶ Druhý a třetí ročník gymnázia a pedagogického lycea mají pouze po jedné třídě, proto se testování zúčastnili všichni studenti z těchto tříd, kteří splňovali výše uvedená kritéria. Druhý a třetí ročník podnikatelského oboru má po 2 třídách, proto byly testované třídy vybrány metodou náhodného výběru (losováním).

3.3. Metody sběru a analýzy dat

3.3.1. Dotazník

Jelikož jsme se při tvorbě výzkumného plánu zaměřily na kvantitativní výzkum, zvolily jsme pro tento účel jakožto nejvhodnější metodu sběru dat dotazníkové šetření. Po srovnání různých typů dotazníků jsme se rozhodly pro standardizovaný **Dotazník na zjišťování míry depresivity BDI-II** (Beckova sebeposuzovací škála deprese – Beck Depression Inventory). Tato škála (viz příloha č. 10 v elektronické verzi práce) koresponduje s kritérii deprese z DSM-IV a je zaměřena na afektivní, kognitivní, motivační a fyziologické symptomy deprese a i v zahraniční psychologii je používána jako osvědčená, citlivá a validní (srov. Beck, Steer, & Brown, 1999). **Měří stav, ne depresivitu jako rys osobnosti.** Jedná se o dlouhodobě upravovaný a prověřovaný dotazník, který

⁶ Údaje potřebné pro provedení srovnání a údaje o aktuálních počtech studentů poskytlo pro účely výzkumu vedení SŠ Kostka, s.r.o., na níž testování probíhalo.

navazuje na původní verzi - BDI. Dalším důležitým argumentem pro výběr tohoto dotazníku v rámci našeho výzkumu byl fakt, **že je vhodný i pro testování adolescentů nad 13 let.** Podle autorů se jedná o „detektor možné deprese u normální populace, který **dokáže validně oddělit zdravou a nemocnou populaci**“ (Beck, Steer, & Brown, 1999, s. 5). K obdobnému zjištění dospěl ve svých výzkumech souvislosti depresivity a inteligence např. také Lukesch (1974), který zkoumal jednu depresivní skupinu a dvě nepresivní s využitím depresivní Beckovy škály a psychiatrického vyšetření.

Test BDI-II obsahuje 21 položek (viz níže), v nichž respondenti na čtyřstupňové škále (0 – 3 body) zakroužkováním čísla odpovědi před větou vyjadřují, jak se cítí během posledních 14 dnů.⁷ V případě nerozhodnosti kroužkují vždy položku s vyšším číslem.⁸ U položky č. 16 (Změna spánku) a položky č. 18 (Změny v chuti k jídlu) má respondent na výběr 7 alternativ (0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3b), přičemž použitá písmena rozlišují zvýšenou a sníženou úroveň v této položce oproti běžnému stavu. Maximální dosažitelné celkové skóre v tomto dotazníku je 63 bodů.

České názvy položek BDI-II

1. Smutek
2. Pesimismus
3. Minulá selhání
4. Ztráta radosti
5. Pocit viny
6. Pocit potrestání
7. Znechucení sám ze sebe
8. Sebekritika
9. Sebevražedné myšlenky nebo přání
10. Plačtivost
11. Agitovanost
12. Ztráta zájmu
13. Nerozhodnost

⁷ U původní verze (BDI) byl pacient vyzván, aby posoudil pouze poslední týden.

⁸ Jsou-li u jedné položky označeny 2 odpovědi (např. čísla 2 a 3), využijeme při vyhodnocování vždy odpověď s vyšší číselnou hodnotou (v našem příkladu tedy hodnotu 3).

14. Pocit bezcennosti
15. Ztráta energie
16. Změna spánku
17. Podrážděnost
18. Změny v chuti k jídlu
19. Koncentrace
20. Únava
21. Ztráta zájmu o sex (Beck, Steer, & Brown, 1999).

Otázka č. 21, týkající se ztráty zájmu o sex, byla v rámci našeho výzkumu pro účely testování adolescentů změněna následovně: *21. Ztráta zájmu o osoby (opačného) pohlaví*. Tato úprava podle našeho názoru zohledňuje kromě faktu, že někteří testovaní adolescenti zatím nezahájili sexuální život, také variantu případného sexuálního zájmu o osoby stejného pohlaví. Obdobně upraveny jsou rovněž možnosti odpovědí na tuto položku⁹.

Podle autorů může být dotazník respondentovi předložen v písemné podobě, nebo může administrace testu probíhat formou předčítání jednotlivých položek (Beck, Steer, & Brown, 1999). V našem případě, kdy bylo testováno současně více osob, jsme zvolily způsob, při němž každá osoba svým tempem individuálně zaznamenávala vybrané položky. V úvahu přicházela také elektronická forma testování, která se jevila jako vhodná vzhledem k tomu, že v druhé části testování pracovali studenti s počítačem při získávání klasifikačních údajů, a která by navíc umožnila snadnější zpracování získaných dat a snížení nákladů na testování. **Po zvážení možných rizik a s ohledem na naši snahu o zajištění bezpečného prostředí pro testované studenty, jsme však zvolily písemnou verzi dotazníku.** Při elektronickém testování by se mohli studenti také cítit nepříjemně kvůli faktu, že ostatní testovaní mohou vidět odpovědi na jejich monitoru, což by mohlo vést ke zkreslování výsledků a narušení pocitu anonymity. Také zajištění získaných dat vůči zneužití jsme v případě školní počítačové sítě vyhodnotily jako rizikové.

K dotazníku BDI-II je v závěru připojen stručný **dotazník na prospěch z 2. pololetí minulého ročníku a 1. pololetí aktuálního ročníku**, který zjišťuje

⁹ Více k této úpravě viz kapitola 3.4.

známky ze všech předmětů, kromě chování. Kvůli různému zastoupení předmětů v rozdílných oborech a ročnících nejsou v dotazníku vypsaný všechny předměty (viz příloha č. 5). Studenti byli před zahájením testování instruováni, že potřebné informace naleznou na zabezpečených webových stránkách školy po připojení ke svému studentskému účtu a zadání hesla, a že mají do dotazníku vypsat známky z těch předmětů, z nichž byli v daném období klasifikováni na vysvědčení.¹⁰ Při sestavování výzkumného plánu jsme dlouze zvažovaly výběr předmětů, u kterých budeme zjišťovat klasifikační údaje studentů, a které zahrneme do výzkumu. Nabízela se alternativa vybrat pro účel výzkumu tzv. hlavní předměty, mezi něž patří např. český jazyk či matematika. **S ohledem na různorodost studijních oborů a rozdílné důrazy na skladbu předmětů v nich, jsme se ovšem nakonec rozhodly posuzovat školní úspěšnost respondentů měřenou pro tento účel jejich celkovým prospěchem.**¹¹ Uvědomujeme si přitom, že tento výzkum nepostihuje celkovou školní úspěšnost studenta, do níž by bylo možno zahrnout také např. úspěšnou komunikaci s učiteli a spolužáky, či zapojení studenta do dalších školních aktivit.

3.3.2. Příprava testování a jeho průběh

Již v počátcích přípravy výzkumného plánu si testující zajistila předběžný **souhlas vedení školy**, na níž mělo testování probíhat, s provedením výzkumu. Po výběru konkrétního výzkumného vzorku a testovací metody byl vedení školy předložen plán průběhu testování a získán definitivní souhlas. Jelikož byl k získávání dat využit standardizovaný dotazník, nepovažovaly jsme za nutné dopředu prověřovat jeho vyplňování. **Dotazník byl přepsán ve dvou verzích (muži – ženy) s upravenou položkou č. 21 a nakopírován. Studenti byli v jednotlivých třídách v předstihu informováni o testování,** byly zodpovězeny jejich dotazy, byli poučeni o možnosti se testování nezúčastnit, či

¹⁰ Známa z chování se do dotazníku neuváděla a nebyl na ni brán ohled při výpočtech průměrů z klasifikačních údajů.

¹¹ V podnikatelských oborech je např. kladen důraz na právo, management, ekonomii, informatiku, na gymnáziu na přírodovědné předměty a cizí jazyky a v podnikatelském lyceu na výtvarnou, hudební, dramatickou či tělesnou výchovu, psychologii a pedagogiku.

z výzkumu odstoupit kdykoliv v průběhu sběru dat.¹² Poté byly všem studentům, kteří nedovršili věku 18 let, předány **písemné informace pro rodiče** s kontaktem na testující osobu, pro zodpovězení případných dotazů, a s žádostí o vyslovení souhlasu s provedením testování u jejich nezletilých dětí (viz příloha č. 4).

Před testováním byla opakovaně **kontrolována možnost přístupu ke klasifikačním údajům** na webových stránkách školy a testující si rovněž zajistila od vedení školy přístupová hesla studentů pro případ, že by je neznali z paměti, resp. neměli v době testování u sebe. Dále byl zajištěn **přístup k funkčním počítačům a připojení k internetu a vytvořen přesný časový harmonogram sběru dat**, o němž byli informováni také ti třídní učitelé, jejichž třídy byly zahrnuty do výzkumu. **První testovaná skupina byla** pro případ nenadálých komplikací **nahraditelná srovnatelnou skupinou**. Vyplňování dotazníků proběhlo v různých dnech a časech po třídách, a to anonymně, za srovnatelných podmínek a se stejným testujícím. Testovaným bylo sděleno, že výsledky výzkumu budou využity pro účely bakalářské práce. V době, kdy testování na škole probíhalo, jim však nebylo sděleno, na co konkrétně je výzkum zaměřen, aby docházelo co nejméně k případnému zkreslování výsledků.

3.3.3. Metody zpracování a analýzy dat

Získaná data byla z papírové podoby převedena do Excelu, v němž probíhalo i jejich další zpracovávání. (Ukázka zpracování dat do tabulek - viz příloha č. 6). Ze zjišťovaného prospěchu studentů byl vypočítán průměr pro každé pololetí zvlášť a následně také celkový průměr. Výsledky dotazníku BDI-II byly dále zpracovány u každého studenta zvlášť pomocí manuálu k dotazníku, byl vypočten celkový skóre a na jeho základě byla stanovena míra depresivity testovaných jedinců, viz následující tabulka:

¹² Po odevzdání dotazníku již nemohli být na vlastní žádost z výzkumu vyřazeni, neboť anonymně získaná data by neumožňovala dohledat jednotlivé respondenty. Tato žádost se ovšem v průběhu testování neobjevila.

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

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

Při zahájení procesu analýzy dat jsme byly postaveny před **zásadní rozhodnutí**, a to, **zda využijeme základní rozdělení na základě uvedené tabulky, které jsme převzaly z příručky k Beckově sebeposuzovací škále depresivity BDI-II** (Beck, Steer, & Brown, 1999, str. 15) **a v níž je cut off 14**, nebo se budeme řídit doporučením autorů, kteří radí pro potřeby výzkumu minimalizovat počet falešně pozitivních diagnóz a doporučují např. cut off 17. Toto rozhodnutí má nepochybně vliv na počet pozitivních diagnóz a jsme si vědomy toho, že může ovlivnit výsledky výzkumu. K rozhodnutí **využít pro účely výzkumu základní tabulkové cut off skóry** nás vedl hlavně fakt, že autoři ve své příručce nenavrhují pro účel výzkumu přesné rozdělení skóre pro jednotlivé úrovně depresivity. Jelikož rozdělení skóre není intervalové, obávaly jsme se, že by vytvoření vlastních hodnotících kritérií mohlo být nepřesné a mohlo by výsledky výzkumu zkreslit. Riziko zkreslení při využití základního rozdělení, navrhovaného a ověřovaného autory, jsme vyhodnotily jako nižší, i s ohledem na fakt, že autoři uvádějí, že tato vodítka je možné využívat i v české klinickopsychologické a psychiatrické praxi (Beck, Steer, & Brown, 1999).

Při analýze dat byly počty studentů výběrového vzorku porovnány podle oborů s počty studentů dané školy. Dále byl spočítán průměrný věk studentů podle pohlaví, jednotlivých oborů, průměrný věk celého testovaného vzorku, průměrný věk studentů, kteří dosáhli skóre 0 – 13 a byli zařazeni do skupiny osob bez přítomnosti deprese, i průměrný věk studentů, jejichž skóre bylo vyšší než 13, a kteří byli na základě výše uvedené tabulky zařazeni do skupiny depresivních jedinců.¹³ Dále byly sečteny získané hodnoty z položek 1 – 21 testu BDI-II pro různé obory, pohlaví, depresivní a nedeprativní skupinu i

¹³ Pro zjednodušení bude v dalších částech textu první skupina (tj. studenti, kteří dosáhli skóre 0 – 13) označována jako „nedeprativní“ a druhá skupina (tj. studenti, kteří dosáhli skóre 14 a více) jako „deprativní“. Uvědomujeme si přitom, že toto označení není přesné a že není možno depresivitu diagnostikovat na základě jednoho dotazníku.

celkově pro celý výzkumný vzorek, a byly z nich vypočítány průměry a směrodatné odchylky.

Poté jsme přistoupily ke **zjišťování souvislosti mezi školním prospěchem a depresivitou**, a to pomocí *Pearsonova korelačního koeficientu* za využití funkce *Analýza dat* v Excelu. Srovnávaly jsme v celém výzkumném vzorku celkové skóre každého studenta v testu BDI-II s průměrem 1, průměrem 2 i celkovým průměrem. Obdobné srovnávání jsme provedly také pro každý studijní obor zvlášť. Srovnání míry depresivity všech tří testovaných oborů na základě výsledků v testu BDI-II bylo provedeno rovněž v Excelu, a to pomocí *analýzy rozptylu (Anova:1 faktor)*. Po **zjištění signifikantního rozdílu mezi porovnávanými skupinami** jsme použily Scheffův test pro specifikaci těchto rozdílů v konkrétních skupinách a pro zjištění, mezi kterými dvěma skupinami tento statisticky významný rozdíl existuje. Výpočty potřebné pro provedení Scheffova testu byly prováděny částečně v Excelu, ale manuálně, bez využití *Analýzy dat* či jiných statistických programů.

Ke **srovnání míry depresivity mezi skupinou chlapců a skupinou dívek** byl využit *dvouvýběrový t-test*, a to poté, co provedený *dvouvýběrový F-test* potvrdil, že mezi rozptyly obou porovnávaných souborů není signifikantní rozdíl. Také tyto výpočty byly prováděny v Excelu. **Porovnání konkrétních symptomů depresivity chlapců a dívek** bylo provedeno manuálně, a to jak pro celý výběrový vzorek, tak také v rámci nedepresivní i depresivní skupiny zvlášť. Při tomto porovnávání jsme pracovaly se součty skóre a jejich průměry u každé položky testu BDI-II (položky 1 – 21). Sledovaly jsme, ve kterých položkách dosahovali vyššího skóre chlapci, ve kterých dívky a následně jsme totéž srovnávání provedly mezi pohlavími zvlášť ve vzorku nedepresivních a depresivních studentů. Při provádění výpočtů jak v Excelu, tak manuálně, jsme vycházely ze tří statistických skript Evy Reiterové (2004; 2006; 2008).

3.4. Etické problémy a způsob jejich řešení

Při přípravě výzkumného plánu, výběru výzkumného vzorku i volbě metod pro získávání a analýzu dat byla věnována zvýšená pozornost etickým problémům, spojeným s prováděným výzkumem. **Prioritou bylo po celou**

dobu výzkumu zajištění bezpečného, neohrožujícího prostředí pro testované studenty a ochrana všech získaných dat.

Testující osobně ve všech třídách informovala o plánovaném výzkumu, zodpověděla dotazy studentů a zdůraznila možnost výzkumu se nezúčastnit, či z něj v průběhu testování kdykoliv bez udání důvodů odstoupit. V písemné podobě byly základní informace s kontaktem na testující zaslány prostřednictvím studentů také jejich zákonným zástupcům, kteří byli požádáni o **písemný souhlas** s účastí svého dítěte na výzkumu. Vedení školy bylo požádáno nejprve o předběžný souhlas s prováděním výzkumu na půdě školy, a poté bylo seznámeno s plánem a účelem výzkumu, který znova odsouhlasilo.

Všem testovaným studentům byla zaručena **anonymita** do té míry, že jim před započtím testování bylo zdůrazněno, že na dotazníky neuvádí své jméno ani třídu (pouze věk a obor), a vyplněné dotazníky ukládají sami na určené místo. Testování probíhalo písemnou formou, což např. ve srovnávání s elektronickým testováním zajišťovalo možnost „skrýt“ odpovědi v dotazníku před ostatními osobami ve třídě a také napomohlo zajištění dat, které nebyly zaneseny do školní počítačové sítě. Dále byli studenti ubezpečeni o tom, že se výzkum nezaměřuje na získávání dat o konkrétním jedinci, ale že budou jejich data zpracovávána hromadně a výsledky budou porovnávány mezi jednotlivými skupinami.¹⁴ Testující byla připravena i na dotaz, týkající se zpochybnitelného zajištění anonymity s ohledem na fakt, že by v jistém případě existovala možnost dohledat jméno testované osoby na základě klasifikačních údajů, uvedených v dotazníku. V tom případě by byli studenti opět ubezpečeni o tom, že je testující vázán mlčenlivostí a ochranou získaných dat, a že toto „pátrání“ není v zájmu výzkumu ani výzkumníka.

Přístupová hesla studentů na zabezpečené stránky školního webu, které bylo nutno navštívit pro získání přesných klasifikačních údajů, si testující vypůjčila na dobu testování přímo od vedení školy a tamtéž je také okamžitě po ukončení testování vrátila. Po dobu sběru dat je zabezpečila před zneužitím.

Před započtím testování si testující důkladně pročetla položky v dotazníku a provedla **úpravu položky č. 21** (viz zdůvodnění v kapitole 3.3.1.). Inspirací

¹⁴ Zajištění anonymity jsme považovaly za natolik zásadní pro získání pokud možno nezkreslených dat, že jsme je upřednostnili i před možností případně v budoucnu dále zkoumat např. některé z depresivních jedinců.

k tomuto kroku byla podobná úprava, kterou provedli Olsson a Knorring (Beck, Steer, & Brown, 1999),¹⁵ pouze s tím rozdílem, že v našem dotazníku byla zohledněna také možná homo- či bisexuální orientace adolescentů.

Při **výběru výzkumného vzorku** jsme se snažily citlivě zohlednit předpokládanou zvýšenou psychickou zátěž, spojenou s přechodem na střední školu u prvních ročníků, a s přípravou na maturitu, přijímací zkoušky na VŠ či hledání dalšího uplatnění po ukončení studia na SŠ u čtvrtých ročníků, a proto jsme je do testování nezapojily.

Spornou etickou otázkou je nepochybně **zatajování přesného cíle výzkumu** před testovanými studenty, i jejich rodiči. Důvody, které nás vedly k tomuto rozhodnutí, byly dva. Jednak předpokládáme menší zkreslení údajů, pokud studenti nevědí, že měříme míru jejich depresivity, a pak se také domníváme, že tím studenty nijak neohrožujeme, neomezujeme, ani neuvádíme v omyl. Při předávání informací o průběhu testování byli respondenti seznámeni s účelem, k němuž budou data využita (zpracování bakalářské práce), a byla jim nabídnuta možnost se po skončení testování na škole zeptat, na co konkrétně byl celý výzkum zaměřen.

Při zvažování, **jaké výhody by mohlo testování studentům přinést**, jsme si uvědomovaly fakt, že jim nemůžeme nabídnout např. možnost pohovořit o jejich výsledcích v dotazníku depresivity. Napadla nás možnost, nabídnout studentům, kteří by se o své výsledky zajímali, aby své dotazníky podepsali, čímž by byla zajištěna následná identifikace jednotlivých osob. Tuto možnost jsme ovšem zamítly s ohledem na fakt, že větší množství neanonymních dotazníků by paradoxně mohlo snížit pocit anonymity u osob, které o to nejvíce stojí. Řešením této situace, k němuž jsme následně také přistoupily, bylo nabídnout zájemcům před započítím testování možnost kontaktovat testující po skončení sběru dat na škole s tím, že jim byl přislíben individuální přístup s možností vyplnění a zpracování dotazníku BDI-II, včetně následné analýzy výsledků. Této nabídky několik studentů využilo.

¹⁵ Tito autoři uvádějí, že pro potřeby testování adolescentů upravili položku 21 následovně: Ztráta zájmu o opačné pohlaví.

4. Popis a interpretace výsledků výzkumu

Do výzkumu byli zahrnuti **studenti tří oborů, a to gymnázia, pedagogického lycea a podnikatelského oboru, s průměrným věkem 17,3 (SD 0,7)**, přičemž byla v rámci našeho výzkumu zpracovávána **data ze 138 dotazníků**. Průměrný věk respondentů je uveden spolu s jednotlivými směrodatnými odchylkami (SD) v následující tabulce.

Skupiny	Průměrný věk a SD
Dívky	17,2 (0,7)
Chlapci	17,4 (0,6)
Studenti gymnázia	17,5 (0,8)
Studenti pedagogického lycea	17,2 (0,7)
Studenti podnikatelského oboru	17,3 (0,7)
Depresivní studenti	17,4 (0,7)
Nedepresivní studenti	17,1 (0,7)
Celý testovaný soubor	17,3 (0,7)

Tabulka 6: Průměrný věk a SD respondentů rozdělených do skupin podle různých kritérií

Mezi respondenty bylo 102 dívek a 36 chlapců, což zhruba odpovídá počtům studentů podle pohlaví v testovaných oborech, zároveň to ovšem kvůli různě velkému početnímu zastoupení obou pohlaví představuje určité omezení v rámci interpretace získaných výsledků, což je třeba zdůraznit. Zvláště je třeba mít tento fakt na zřeteli u dat týkajících se pedagogického lycea, neboť v této skupině jsou chlapci zastoupeni pouze jednou osobou. V další tabulce jsou zahrnuta podrobnější data týkající se klasifikace studentů podle jednotlivých oborů s ohledem na pohlaví, přičemž **průměr 1 je průměrem z vysvědčení v pololetí aktuálního školního roku a průměr 2 je průměrem známek z konce předchozího školního roku.**

Obor	Pohlaví	Průměr 1	Průměr 2	Průměr celkem
Gymnázium	Dívky	1,49	1,51	1,5
	Chlapci	2,19	2,04	2,12
Pedagogické lyceum	Dívky	2,00	1,93	1,97
	Chlapci	3,07	3,03	3,05
Podnikatelský obor	Dívky	1,89	1,98	1,93
	Chlapci	2,42	2,47	2,44
Celkem		2,18	2,16	2,17

Tabulka 7: Průměry z vysvědčení v pololetí aktuálního školního roku 2012 (průměr 1), na konci minulého školního roku 2011 (průměr 2) a celkový průměr podle oborů a pohlaví

Za povšimnutí určitě stojí fakt, že skupiny chlapců dosahují ve srovnání se skupinami dívek ve všech třech sloupcích horších průměrů. Zkoumání tohoto jevu sice není přímo oblastí, na niž se náš výzkum zaměřoval, **potvrzuje však zjištění z jiných výzkumů, podle nichž bývají ve škole dívky klasifikovány lépe, než chlapci** (srov. např. Chráska, 1997). Kromě toho by bylo možno na základě těchto údajů vyslovit domněnku, že v pololetí učitelé klasifikují studenty přísněji, než v závěru školního roku (opačná tendence je patrná pouze u podnikatelského oboru). Možné je ovšem také vysvětlení, že se studenti v závěru školního roku více učí a usilují o lepší známky.

Ze 138 studentů, jejichž dotazníky byly zahrnuty do výzkumu, bylo dle manuálu k dotazníku BDI-II 72 osob (55 dívek, 17 chlapců) zařazeno do souboru vykazujícího **vyšší než minimální míru depresivity**, což činí **52%** z celého souboru. Zbývajících 66 osob (47 dívek, 19 chlapců), což odpovídá **48%** celého výběrového vzorku, bylo na základě skóru v testu zařazeno do skupiny studentů s **minimální mírou depresivity**, tudíž je na ně pohlíženo jako na osoby bez výraznějších depresivních symptomů. Podrobnější informace o rozložení depresivity mezi studenty jsou obsaženy v následujících kapitolách.

4.1. H1: Souvislost mezi depresivitou a školním prospěchem

Podle první hypotézy **jsme předpokládaly, že existuje statisticky významná souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem studentů 2. a 3. ročníku SŠ v tom směru, že studenti, kteří mají lepší**

školní prospěch, vykazují nižší úroveň depresivity, přičemž jsme vycházely z tabulky hodnot korelací dle De Vause:

Hodnoty korelace dle De Vause	
0,01 – 0,09	triviální, žádná
0,10 - 0,29	nízká až střední
0,30 - 0,49	střední až podstatná
0,50 - 0,69	podstatná až velmi podstatná
0,70 - 0,89	velmi silná
0,90 - 0,99	téměř perfektní

Tabulka 8: Hodnoty korelace dle De Vause (De Vaus, 2002)

Jak je popsáno v kapitole 3.3.3., zjistily jsme v rámci analýzy dat průměry prospěchu a pomocí funkce *Analýza dat* v Excelu jsme s využitím Pearsonova korelačního koeficientu vypočítaly míru souvislosti mezi prospěchem a celkovými skóry v testu BDI-II, tedy mírou depresivity, viz následující tabulka.

Korelace mezi:	Hodnota:	Míra korelace:
Celý soubor - celkový průměr	0,09	triviální, žádná
Celý soubor - průměr 1	0,10	nízká až střední
Celý soubor - průměr 2	0,08	triviální, žádná
Gymnázium - celkový průměr	0,43	střední až podstatná
Pedagogické lyceum - celkový průměr	0,15	nízká až střední
Podnikatelský obor - celkový průměr	-0,08	triviální, žádná

Tabulka 9: Hodnoty korelace pro soubory gymnázia, pedagogického lycea a podnikatelského oboru a průměry známek z pololetního vysvědčení (průměr 1), z vysvědčení z konce minulého školního roku (průměr 2) a celkový průměr

Z tabulky je zřejmé, že jsme porovnávaly celkové skóry depresivity u různých souborů s celkovými průměry, získanými ze dvou po sobě následujících vysvědčení, i s průměry 1 a průměry 2¹⁶, přičemž **při porovnání v rámci celého výzkumného souboru a celkového průměru nebyla potvrzena statisticky významná souvislost**, stejně tak jako nebyla zjištěna souvislost mezi mírou depresivity celého výzkumného souboru a průměru 2. Nízká až

¹⁶ Průměr 1 je průměrem známek z pololetního (nejbližšího) vysvědčení, průměr 2 je průměrem známek z konce minulého školního roku, celkový průměr je průměrem obou těchto vysvědčení.

střední souvislost byla zjištěna mezi mírou depresivity celého výzkumného vzorku a průměrem 1, a dále mezi depresivitou a celkovým průměrem u oboru pedagogického lycea. Střední až podstatná souvislost je prokázána mezi mírou depresivity a prospěchem u souboru studentů gymnázia. **Na základě těchto výpočtů zamítáme první hypotézu s tím, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem, hodnoceným podle průměru dvou po sobě jdoucích vysvědčení u námi testovaných studentů 2. a 3. ročníků SŠ.**

4.2. H2: Srovnání míry depresivity u různých oborů

V rámci druhé hypotézy jsme předpokládaly, že mezi studenty různých testovaných oborů není signifikantní rozdíl v míře depresivity. Po zpracování výsledků testu BDI-II jsme zjistily, že nejvyššího průměrného skóre v součtu všech 21 testovaných položek dosahovali studenti pedagogického lycea, nejnižšího pak studenti gymnázia. Podrobnější data jsou uvedena v následující tabulce, kde N označuje počet respondentů v daném oboru, M je průměrem dosažených hodnot a SD je směrodatná odchylka.

Obor	N	M	SD
Gymnázium	24	0,55	0,76
Pedagogické lyceum	48	0,83	0,87
Podnikatelský obor	66	0,68	0,82
Celkem	138	0,69	0,83

Tabulka 9: Průměry a standardní odchylky v BDI-II u různých oborů

N = počet respondentů
M = aritmetický průměr dosažených hodnot
SD = směrodatná odchylka
Max. hodnota = 3
Min. hodnota = 0

Pro exploraci získaných výsledků je vhodné připomenout, že maximální hodnotou v jednotlivých položkách je hodnota 3, která vždy vypovídá o výrazném depresivním symptomu, minimální pak hodnota 0, která referuje o absenci daného symptomu. Při podrobnějším porovnávání celkových skóre

depresivity a různé míry depresivity (minimální, mírná, střední, těžká) mezi pohlavími a obory jsme dospěli k následujícím datům:

GYMNÁZIUM	Dívky		Chlapci		Dívky + chlapci		Celkem v %
Míra depresivity	<i>f1</i>	<i>f1/n1</i>	<i>f2</i>	<i>f2/n2</i>	<i>fi</i>	<i>fi/ni</i>	
Minimální	10	0,67	4	0,44	14	0,58	59%
Mírná	5	0,33	3	0,33	8	0,33	33%
Střední	0	0	2	0,22	2	0,08	8%
Těžká	0	0	0	0	0	0	0%
Celkem	15		9		24		
PEDAG. LYCEUM	Dívky		Chlapci		Dívky + chlapci		Celkem v %
Míra depresivity	<i>f1</i>	<i>f1/n1</i>	<i>f2</i>	<i>f2/n2</i>	<i>fi</i>	<i>fi/ni</i>	
Minimální	15	0,32	0	0	15	0,31	31%
Mírná	10	0,21	1	1	11	0,23	23%
Střední	18	0,38	0	0	18	0,38	38%
Těžká	4	0,09	0	0	4	0,08	8%
Celkem	47		1	1	48		
PODNIKATELSKÝ OBOR	Dívky		Chlapci		Dívky + chlapci		Celkem v %
Míra depresivity	<i>f1</i>	<i>f1/n1</i>	<i>f2</i>	<i>f2/n2</i>	<i>fi</i>	<i>fi/ni</i>	
Minimální	22	0,55	15	0,58	37	0,56	56%
Mírná	9	0,23	4	0,58	13	0,2	20%
Střední	8	0,2	5	0,58	13	0,2	20%
Těžká	1	0,03	2	0,58	3	0,05	4%
Celkem	40		26		66		

Tabulka 10: Míra depresivity podle testu BDI-II v testovaných oborech u obou pohlaví

f1(f2) absolutní četnost souboru 1 (2)
f1/n1 (f2/n2) relativní četnost souboru 1 (2)
fi absolutní četnost obou souborů
fi/n relativní četnost obou souborů

Z tabulky je možno vyčíst podrobnější informace o míře depresivity v jednotlivých oborech i s ohledem na pohlaví. Vyplývá z nich mimo jiné, že **většina testovaných studentů gymnázia (59%) a podnikatelského oboru (56%) může být zařazena do skupiny nedepresivních respondentů. Těžkou depresí trpí podle těchto údajů nejvíce studenti pedagogického lycea (8%) a studenti podnikatelského oboru (4%). Většina studentů pedagogického lycea (61%) trpí mírnou či střední formou deprese.** Získaná data jsme dále zpracovaly metodou faktorové analýzy *ANOVA: jeden faktor*, abychom ověřily,

zda je mezi mírou depresivity studentů podle jednotlivých testovaných oborů signifikantní rozdíl.

Faktor						
Výběr						
Sloupec 1	Počet	Součet	Průměr	Rozptyl		
Sloupec 2	24	273	11,375	49,11413		
Sloupec 3	48	840	17,5	76,595745		
	66	946	14,3333	75,210256		
ANOVA						
Zdroj variability						
Mezi výběry	SS	Rozdíl	MS	F	Hodnota P	F krit
Všechny výběry	643,83152	2	321,916	4,51833	0,01260662	3,0632
Celkem	9618,2917	135	71,2466			
F > F krit	10262,123	137				
	Mezi skupinami je signifikantní rozdíl					

Tabulka 11: Výpočet pro porovnání depresivity mezi testovanými obory

Sloupec 1	studenti gymnázia
Sloupec 2	studenti pedagogického lycea
Sloupec 3	studenti podnikatelských oborů
SS	součet čtverců
Rozdíl	počet stupňů volnosti
MS	rozptyl mezi výběry
F	Fisherovo F (vypočítaná hodnota)
F krit	kritická hodnota rozdělení F pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$

Z tabulky vyplývá, že je mezi skupinami statisticky významný rozdíl na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, jelikož je hodnota F větší, než kritická hodnota rozdělení F. Na základě tohoto zjištění **zamítáme druhou hypotézu, neboť míra depresivity se u studentů různých námi zkoumaných oborů liší.**

Abychom zjistily, mezi kterými dvěma skupinami tento signifikantní rozdíl existuje, provedly jsme výpočet pomocí Scheffova testu. Pro účel výpočtů a práci se statistickými vzorci byli studenti gymnázia považováni za skupinu A, studenti z pedagogického lycea za skupinu B, a studenti z podnikatelského oboru za skupinu C. Výsledky Scheffova testu jsou shrnuty v následující tabulce.

Scheffův test					
1. Porovnání A a B		2. Porovnání A a C		3. Porovnání B a C	
ΣnAB	72	ΣnAC	90	ΣnBC	114
ΣAB	1113	ΣAC	1219	ΣBC	1786
$S\check{c}BGAB$	600,25	$S\check{c}BGAC$	154,03056	$S\check{c}BGBC$	278,66667
$S\check{c}WGAB$	9618,29167	$S\check{c}WGAC$	9618,2917	$S\check{c}WGBC$	9618,2917
$S2WG$	71,2466049	$S2WG$	71,246605	$S2WG$	71,246605
$S2BGAB$	300,125	$S2BGAC$	77,015278	$S2BGBC$	139,33333
F	4,21248143	F	1,0809677	F	1,9556487
F krit	3,05	F krit	3,05	F krit	3,05
F > F krit	ANO	F > F krit	NE	F > F krit	NE
	Je rozdíl	Není statisticky významný rozdíl			

Tabulka 12: Výsledky Scheffova testu pro zjištění signifikantního rozdílu mezi testovanými soubory

ΣnAB	součet prvků skupin A a B ¹⁷
ΣAB	součet hodnot ve skupinách A a B
$S\check{c}BGAB$	součet čtverců mezi skupinami AB
$S\check{c}WGAB$	součet čtverců uvnitř skupin AB
$S2WG$	rozptyl uvnitř skupin
$S2BGAB$	rozptyl mezi skupinami
F	Fisherovo F
F krit	kritická hodnota rozdělení F pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$

Na základě výše uvedených výpočtů ($F > F$ krit) můžeme konstatovat, že **existuje signifikantní rozdíl mezi skupinou studentů gymnázia (A) a skupinou pedagogického lycea (B)**. Mezi skupinami A a C a skupinami B a C nebyl tento rozdíl potvrzen. (Pomocné výpočty k tomuto testu jsou uvedeny v příloze č. 7).

4.3. H3: Srovnání míry depresivity mezi pohlavími

Ve třetí hypotéze **předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl v míře depresivity mezi skupinami dívek a chlapců**, v tom směru, že u dívek je míra depresivity vyšší. Při porovnávání míry depresivity mezi pohlavími jsme se zabývaly nejprve výpočty shody rozptylů obou sledovaných souborů, a to za využití funkce *Analýza dat* v Excelu. Zde jsme použily *dvouvýběrový F-test* pro rozptyl, jímž jsme si ověřily, že není signifikantní rozdíl mezi rozptyly obou souborů ($F < F$ krit), viz výpočty v následující tabulce:

¹⁷ Veškeré vysvětlivky k 1. sloupci tabulky jsou obdobné i pro 2. sloupec (porovnání skupin B a C) a pro 3. sloupec (porovnání skupin A a C).

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl		
	Soubor 1	Soubor 2
Střední hodnota	14,083333	15,215686
Rozptyl	99,792857	66,685692
Pozorování	36	102
Rozdíl	35	101
F	1,4964658	
P(F<=f) (1)	0,0621906	
F krit (1)	1,53958	F<F krit
	Není signifikantní rozdíl mezi rozptyly	

Tabulka 13: Výsledky provedeného dvouvýběrového F-testu pro rozptyl u souboru dívek a souboru chlapců

Soubor 1 chlapci
 Soubor 2 dívky
 F Fisherovo F
 Rozdíl počet stupňů volnosti
 P pravděpodobnost
 F krit kritická hodnota rozdělení F pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$

Následně bylo možno přistoupit k provedení *dvouvýběrového t-testu* s rovností rozptylů abychom zjistily, zda existuje statisticky významný rozdíl v míře depresivity mezi skupinou chlapců a skupinou dívek a ověřily tak platnost 3. hypotézy. V tabulce níže jsou uvedeny získané hodnoty:

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	Soubor 1	Soubor 2
Střední hodnota	14,083333	15,215686
Rozptyl	99,792857	66,685692
Pozorování	36	102
Společný rozptyl	75,205918	
Hypotetický rozdíl středních hodnot	0	
Rozdíl	136	
t stat	-0,6735465	
P(T<=t) (1)	0,2508714	
t krit (1)	1,656135	
P(T<=t) (2)	0,5017427	
t krit (2)	1,9775608	
t stat < t krit(2)	Není signifikantní rozdíl mezi soubory	

Tabulka 14: Výsledky dvouvýběrového t-testu s rovností rozptylů pro zjištění statisticky významného rozdílu mezi souborem dívek a souborem chlapců ve sledovaném výběrovém vzorku

t stat hodnota Studentova t
 t krit (1) tabulková kritická hodnota pro hladinu významnosti $\alpha = 0,01$
 t krit (2) tabulková kritická hodnota pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$
 P pravděpodobnost

Z tabulky vyplývá, že absolutní hodnota vypočítaného Studentova t je menší, než kritická hodnota pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$, což znamená, že **v rámci našeho výzkumu nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v míře depresivity mezi chlapci a dívkami, a proto třetí hypotézu zamítáme.**¹⁸

4.4. H4: Porovnání symptomů depresivity mezi pohlavími

Ověřováním čtvrté hypotézy jsme chtěly prokázat, že **se skupiny dívek a chlapců liší v nejčastěji udávaných symptomech depresivity.** V další části analýzy dat jsme se proto podrobně zabývaly jednotlivými položkami testu BDI-II (viz kap. 3.3.1.) a na jejich základě jsme porovnávaly symptomy případně zjištěné zvýšené míry depresivity. Zajímaly nás především rozdíly v popisovaných symptomech mezi pohlavími, a položily jsme si také otázku, **u které položky dosahovali testovaní studenti nejvyššího celkového skóru.** Zjistily jsme, že se jedná o položku č. 16 (průměrný skóre 2,26¹⁹ (SD 0,87), která zjišťuje *změny spánku*, následně pak o položku č. 3 (průměrný skóre 1,97, SD 0,84), která se zaměřuje na *minulá selhání* a třetí nejvýraznější položkou je položka č. 20 (průměrný skóre 1,94, SD 0,88), jež *vypovídá o únavě*. Tento fakt by bylo možno dle našeho názoru interpretovat dvěma způsoby. Jednou z možností je domněnka, že by právě výše zmíněné položky mohly být citlivým ukazatelem depresivních projevů u námi zkoumané věkové skupiny. Další vysvětlení může být takové, že zmíněné vyšší skóre u položek 16, 3 a 20 je typické pro celou zkoumanou populaci. Porovnali jsme proto rozdíly ve výši skóre v těchto položkách mezi depresivním a nedeprativním souborem (viz příloha č. 8), které podporují spíše platnost druhého tvrzení, totiž že v těchto položkách výrazněji skóruje nejen depresivní, ale i nedeprativní soubor, takže zvýšené skóre jsou v těchto oblastech zřejmě v dané věkové skupině běžné, což ovšem není možno v tuto chvíli ověřit, neboť nemáme k dispozici údaje z obdobných výzkumů pro porovnání (viz. kap. 5). Klinická praxe navíc také potvrzuje, že poruchy spánku či zvýšená únava patří mezi tzv. nespecifické symptomy, které jsou přítomné u různých psychických poruch či obtíží.

¹⁸ Podrobnější rozložení depresivních symptomů mezi pohlavími je uvedeno v kapitole 4.2.

¹⁹ Minimální možná hodnota je 0, maximální 3.

Položka č.	Celkový skór	Průměr a SD
1	67	0,96 (0,63)
2	118	1,70 (1,71))
3	137	1,97 (0,84)
4	70	1,01 (0,71)
5	119	1,71 (0,73)
6	115	1,65 (1,09)
7	55	0,79 (0,73)
8	119	1,71 (0,86)
9	38	0,55 (0,49)
10	77	1,11 (0,86)
11	91	1,31 (0,68)
12	62	0,89 (0,69)
13	121	1,74 (0,88)
14	81	1,17 (0,83)
15	134	1,93 (0,82)
16	157	2,26 (0,87)
17	82	1,18 (0,75)
18	125	1,80 (1,02)
19	126	1,81 (0,86)
20	135	1,94 (0,88)
21	30	0,43 (0,60)
Celkem	2059	1,41 (0,14)

Tabulka 17: Celkové skóry, průměry a směrodatné odchylky u jednotlivých položek testu BDI-II

Při srovnávání depresivních symptomů dívek a chlapců jsme se zaměřily nejprve na shody a odlišnosti mezi **soubory všech testovaných dívek a chlapců**, a poté jsme provedly obdobné srovnání také mezi skupinami **depresivních chlapců a depresivních dívek**. Analýzou získaných dat jsme dospěly ke zjištění, že soubor **nedepresivních** chlapců skutečně dosahuje vyšších skóre v jiných položkách, než soubor dívek. **Zatímco chlapci trpí ve**

větší míře pocitem potrestání (velmi výrazný skór), minulých selhání, pesimismu, změnou chuti k jídlu a poruchami koncentrace, nastupují u dívek nejčastěji změny spánku, pocity únavy a ztráta energie. Následující tabulka představuje položky BDI-II s nejvyšším počtem bodů, odděleně pro každou skupinu **nedepresivních studentů**.

Položky s nejvyšším počtem bodů - chlapci	Položky s nejvyšším počtem bodů - dívky
č. 6 - pocit potrestání	č. 16 - změny spánku
č. 3 - minulé selhání	č. 20 - únava
č. 2, 18, 19 - pesimismus	č. 15 - ztráta energie
- změny chuti k jídlu	č. 3 - minulé selhání
- koncentrace	č. 8 - sebekritika
č. 16 - změny spánku	č. 13 - nerozhodnost

Tabulka 18: Srovnání položek s nejvyšším počtem bodů mezi soubory chlapců a dívek

K obdobným závěrům jsme dospěly také při analýze a porovnávání získaných dat mezi skupinami **depresivních chlapců a depresivních dívek**. Pořadí položek s nejvyšším skórem zůstalo u dívek stejné, chlapci přiřazovali vyšší hodnoty položkám označujícím pesimismus (2), změny spánku (16) a změny koncentrace (19), než pocitům minulých selhání (3), které měl soubor všech (depresivních i nedepresivních) chlapců na 2. místě. (Tabulky s podrobnějšími daty jsou zpracovány v příloze č. 8). Niže uvedená tabulka obsahuje pouze položky, v nichž oba soubory dosahovaly nejvyšších skóre.

Položky s nejvyšším počtem bodů - depresivní chlapci	Položky s nejvyšším počtem bodů - depresivní dívky
6 - pocit potrestání	16 - změna spánku
2, 16, 19 - pesimismus	20 - únava
- změna spánku	15 - ztráta energie
- koncentrace	3, 8 - minulé selhání
3 - minulé selhání	- sebekritika

Tabulka 19: Srovnání položek s nejvyšším počtem bodů mezi soubory depresivních chlapců a dívek

Z výsledků výzkumu je zřejmé, že **4. hypotéza, kterou jsme formulovaly před započítím výzkumu, je platná, a že existují rozdíly mezi pohlavími v popisovaných symptomech depresivity. Tuto hypotézu proto přijímáme.**

4.5. Další výsledky vyplývající z provedené analýzy dat

Získaná data umožňovala také porovnání průměrného skóru u jednotlivých položek testu BDI-II mezi skupinou depresivních a nedeprativních studentů. Využily jsme proto získaná data ke zjištění rozdílu těchto průměrů, čímž jsme zjistily, v jakých symptomech se nejvíce odlišuje depresivní soubor od nedeprativního. Jelikož tato zjištění již nebyla cílem našeho výzkumu, nezkoumaly jsme, které rozdíly v průměrech mezi oběma soubory jsou statisticky významné, a spokojily jsme se s kvalitativním porovnáním, na jehož základě je možno konstatovat, že **deprativní skupina dosahovala vyšších skóre u položek 7 (znehucení sám ze sebe), 8 (sebekritika), 14 (pocit bezcennosti) a 17 (podrážděnost).** Obě skupiny se vůbec či téměř vůbec neliší v hodnotách u položek 2 (pesimismus), 3 (minulá selhání), 9 (sebevražedné myšlenky a přání), 13 (nerozhodnost), 15 (ztráta energie), 19 (koncentrace) a 21 (ztráta zájmu o osoby (opačného) pohlaví). Za zmínku stojí také zjištění, že u některých položek byl zjištěn vyšší průměrný skóre u nedeprativní skupiny, oproti skupině depresivní. Jedná se o 6 položek, z nichž nejvýraznější je položka č. 18 (změny chuti k jídlu), kde činil rozdíl průměrů 0,48. Tyto údaje uvádíme bez dalšího vysvětlení pouze jako doplňující informace pro dokreslení našeho výzkumu. Jsme si vědomy toho, že jejich interpretace by musela být založena na přesnější analýze. Pro ilustraci uvádíme přehled získaných hodnot jak u depresivního, tak u nedeprativního souboru včetně rozdílu průměrů těchto souborů u všech položek dotazníku BDI-II v následující tabulce.

Číslo položky	Depresivní - průměr	Nedepresivní - průměr	Rozdíl průměrů
1	0,68	0,52	0,16
2	1,27	1,24	0,03
3	1,45	1,45	0
4	0,54	0,34	0,20
5	0,97	1,32	-0,35
6	1,2	1,31	-0,11
7	0,49	0,03	0,46
8	1,27	0,94	0,32
9	0,26	0,28	-0,02
10	0,54	0,38	0,16
11	0,95	0,71	0,24
12	0,49	0,67	-0,18
13	1,05	1,06	-0,01
14	0,73	0,29	0,43
15	1,2	1,16	0,04
16	1,34	1,18	0,16
17	0,82	0,52	0,30
18	0,95	1,42	-0,48
19	0,99	0,95	0,04
20	1,27	1,03	0,24
21	0,24	0,19	0,05

Tabulka 20: Rozdíly průměrů depresivního a nedepresivního souboru v položkách testu BDI-II

Na závěr bychom ještě rády upozornily na fakt, že mezi testovanými studenty bylo 12 dívek a 8 chlapců, kteří skórovali v položce 9 (sebevražedné myšlenky nebo přání) a v položce 3 (pesimismus) 2-3 body. Autoři testu uvádí, že „pacienti, kteří v těchto dvou položkách skórují 2-3 body, mohou být v riziku sebevražedného jednání“ (Beck, Steer, & Brown, 1999, s. 16). Z této formulace žel není zcela jednoznačně zřejmé, zda o tomto riziku vypovídá zvýšený skóre v jedné z těchto položek, či v obou současně. Námi testovaní studenti dosahovali vyššího skóre vždy pouze v jedné z těchto položek. 7 z nich bylo zařazeno do souboru osob s těžkou depresí, 8 do souboru osob se střední depresí, 4 do souboru osob s mírnou depresí a 1 osoba byla ve skupině osob s minimální depresí.

5. Diskuze

Ačkoliv je školní prostředí významným faktorem, ovlivňujícím depresivitu dospívajících (viz. kap. 2.8., 2.9.), jsou **výzkumy souvislosti depresivity a školního prostředí** doposud v počátcích. Z toho důvodu jsme se zaměřily právě na oblast školy, i když si jsme vědomy faktu, že námi zkoumaný výzkumný vzorek 138 respondentů je (i s ohledem na plánovaný rozsah práce) malý a možnost zobecnění získaných výsledků je výrazně omezená. Další omezení skýtá vzorek respondentů vybraný metodou příležitostného výběru, pro nějž jsme se však rozhodly s cílem minimalizovat rozdílné nežádoucí proměnné v různých školních prostředích a zkoumat adolescenty v jednom typu školního klimatu, v němž se setkávají dle našich předpokladů navzdory různým oborům s obdobným přístupem a hodnocením ze strany učitelů. S ohledem na nedostatek podobných výzkumů máme také omezenou možnost srovnání získaných výsledků a vnímáme náš výzkum jako jakousi drobnou pilotní sondu, která by mohla přispět k dalšímu bádání v této oblasti.

Námi formulovaná **první hypotéza** vycházela z celé řady odborných zdrojů, v nichž je v souvislosti s depresivitou popisováno výrazné zhoršení kognitivních funkcí, soustředění, paměti, snížená motivace a nárůst unavitelnosti a nesplněných úkolů (srov. Petermann & Petermann, 2008; Groen, Petermann, 2002; in Essau 2002; Hort, 2000). Mnoho autorů zmiňuje zhoršení školního prospěchu mezi hlavními znaky, které mohou upozornit na depresivní poruchu, viz např. názor Říčana a Krejčířové (2006), dle nichž je na depresi nutno pomýšlet vždy, když dojde ke zhoršení školního prospěchu. Navázaly jsme na **předpoklad, že vede-li depresivita ke zhoršení školního výkonu a prospěchu, lze u nedepresivních studentů zjistitelný lepší školní prospěch. Tento předpoklad se nepotvrdil** při srovnání míry depresivity celého výzkumného vzorku s celkovým prospěchem, potvrdila se však nízká souvislost mezi mírou depresivity a průměrem 1, což je aritmetický průměr vypočítaný z nejbližšího vysvědčení a střední až podstatná souvislost u souboru studentů gymnázia. Různorodost těchto výsledků může být ovlivněna mnoha faktory i systémovými chybami, např. nedostatečnou velikostí výzkumného vzorku, jeho nízkou reprezentativností, volbou metody na měření depresivity i

nejasnostmi ohledně cut off v dotazníku BDI-II, jak jsou popisovány v kapitole 3.3.3. Svou roli zde mohlo sehrát také rozhodnutí, počítat aritmetický průměr ze všech předmětů, s výjimkou chování. V jednorázově provedeném výzkumu nám také chybí možnost srovnání dlouhodobějšího vývoje depresivity v období, v němž zkoumáme prospěch, a také přesnější sledování změn prospěchu, ke kterým mohlo docházet v meziobdobích mezi vysvědčeními, a které z aritmetického průměru nemusejí být zřejmé. Právě tyto údaje mohly dle našeho názoru výrazně ovlivnit získané výsledky, a proto pro případné další výzkumy doporučujeme dlouhodobější (opakovaná) měření, díky nimž by bylo možno postihnout přesnější vývoj jak depresivity, tak změn v prospěchu a vyvodit přesnější závěry ohledně jejich souvislosti.

Zajímavé je zjištění, že zatímco u celého vzorku ani u nejméně náročného oboru, zahrnutého do testování (podnikatelský obor), nebyla signifikantní souvislost zjištěna, **u oboru pedagogického lycea byla vypočítána hodnota 0,15, na jejímž základě je možno usuzovat na nízkou až střední souvislost a u gymnázia dosáhla korelace hodnoty 0,43, což je dle De Vause (2002) hodnota pro střední až podstatnou závislost.** Tento výsledek nedokážeme spolehlivě interpretovat, i když může dle našeho názoru souviset s faktem, že zatímco např. podnikatelský obor je početně velmi výraznou skupinou, studentů gymnázia je ve třídě 2x – 3x méně. Lze proto předpokládat, že učitelé znají studenty z těchto méně početných tříd lépe, mají více prostoru pro sledování jejich reakcí, ústní zkoušení i komunikaci, dříve si mohou povšimnout změn v chování i výkonu a známkují je proto možná o něco „pečlivěji“, než studenty, kteří jsou součástí třiceti- a vícečlenných třídních kolektivů. Svou roli zde ovšem může sehrávat také schopnost více nadaných jedinců maskovat symptomy deprese (srov. Jackson & Peterson, 2004; in Holasová, 2006) i převaha dívek v oboru pedagogického lycea. Výsledky získané od málo početné skupiny studentů gymnázia ovšem nelze považovat za signifikantně významné.

Jelikož jsme se při výzkumu nezaměřovaly na zjišťování školní úspěšnosti, nadání či schopností souvisejících s řešením problémů, a navíc bylo naše měření jednorázové, pohybujeme se při hledání vysvětlení pouze v oblasti hypotéz. **Výsledky našich analýz jsou ovlivněny také zvolenou metodou měření úrovně prospěchu** (při níž jsme se rozhodly pro využití známek ze dvou po sobě jdoucích vysvědčení) **a našim rozhodnutím zahrnout mezi**

porovnávaná data známky ze všech předmětů kromě prospěchu. K těmto rozhodnutím nás vedla jednak zjištění, že depresivita je poměrně stabilním jevem, tudíž jsme se cíleně zaměřily na delší časový úsek (srov. např. Holsen, Kraft & Vittersø, 2000; Devine, Kempton & Forehand, 1994; Martin & Waltmanová-Greenwoodová, 1997), a pak také fakt, že v různých námi testovaných oborech jsou klíčové jiné předměty. Mimo to se liší i úspěšnost jednotlivců v tzv. „hlavních předmětech“ a student s horší známkou např. z matematiky může mít vynikající prospěch v ostatních předmětech. Další výzkumy v této oblasti by se mohly ubírat směrem k výběru reprezentativnějšího vzorku metodou náhodného výběru a srovnáním známek z několik vybraných předmětů. Navrhovaly bychom také porovnání shody výsledků získaných různými testovacími metodami u jednoho výzkumného vzorku adolescentů. **První hypotézu zamítáme, jelikož jsme nezjistily signifikantně významnou souvislost mezi školním prospěchem a depresivitou u námi zkoumaného souboru.**

Při ověřování předpokladu, že se nebude lišit míra depresivity mezi různými testovanými obory, což byla naše druhá hypotéza, jsme volně navazovaly na výzkum Holasové (2006), která zkoumala úzkostnost a depresivitu mezi rozumově nadanými absolventy a zjistila, že obojí je vyšší u studentů jednoho konkrétního gymnázia ve srovnání s jinými školami. Naším cílem bylo ověřit tyto výsledky mezi maturitními obory (včetně gymnázia) v jednotném školním prostředí. Předpokládaly jsme, že se míra depresivity signifikantně lišit nebude, což se nepotvrdilo. **Mezi skupinou gymnázia a pedagogického lycea jsme zjistily statisticky významný rozdíl, na jehož vzniku se mohlo podílet více faktorů, a proto na jeho základě zamítáme druhou hypotézu.** Za velmi podstatný považujeme fakt, že obor pedagogického lycea je zastoupen pouze jedním chlapcem a samými dívkami, což v rámci našeho výzkumu vnímáme jako největší omezení v rámci porovnávání a interpretace získaných dat. Početní zastoupení obou pohlaví ve výzkumu sice koresponduje s reálným počtem studentů ve zkoumaných oborech, jsme si však vědomy faktu, že by mohlo snižovat validitu získaných výsledků v případě, že bychom z výzkumu chtěli vyvozovat obecně platné závěry, vztahující se na celou zkoumanou populaci.

Početní nevyrovnanost skupin chlapců a dívek (chlapci tvořili 26% vzorku, dívky 74%) může být také příčinou, proč **naš výzkum nepotvrdil signifikantní rozdíl mezi mírou depresivity mezi pohlavími, který jsme předpokládaly při formulování naší třetí hypotézy** na základě výsledků různých výzkumů provedených v souborech dospívajících jedinců (srov. Carr-Gregg, 2012; McGee et al., 1994; Holsen, Kraft & Vitterso, 2000; Kumpulainen et al., 2000; Patten et al., 1997; Petersen, Sarigiani & Kennedy, 1991; srov. Compas et al., 1997; Nolen-Hoeksema & Girug, 1994; Petersen et al., 1993; in Groen, 2002; Essau 2000; Essau 2007). **Třetí hypotézu jsme proto rovněž zamítly.** Zajímavé ovšem je, že ne všechny zdroje informují o tom, že by ženy vykazovaly signifikantně vyšší úroveň depresivity. Uvedeme zde alespoň výsledky výzkumu Malečkové, při němž vyšetřila 42 pacientů Psychiatrické kliniky v Praze, kteří byli v psychiatrické péči více než 10 let a kontrolní soubor, který byl vyrovnán podle věku, pohlaví, vzdělání a rodinného stavu. Dle jejího zjištění nebyly rozdíly mezi muži a ženami signifikantně významné (Malečková, 1996; in Beck, Steer, & Brown, 1999). V tomto případě se jednalo o dospělé pacienty, což vyvolává otázku, jak se vyvíjí míra depresivity mezi pohlavími v dospělosti, a zda nejsou rozdíly mezi pohlavími v adolescenci způsobeny více rozdílnou schopností a ochotou referovat o vlastních pocitech a rozdílným zodpovídáním otázek, než faktem, že skutečně existují, jak na to upozorňuje ve své studii Essau (2007). S tímto argumentem dle našeho názoru koresponduje např. také následující zjištění. Krch & Csémy (2005) zjistili statisticky signifikantní rozdíl v subjektivním hodnocení pocitu smutku mezi chlapci a dívkami. 21% chlapců (11,7% dívek) s vysokým depresivním skórem uvedlo, že v posledním týdnu nemělo výraznější pocity smutku. Na druhé straně 55,1% depresivních děvčat, ale jen 34,2% depresivních chlapců uvedlo, že měli časté pocity smutku.

Výsledky našeho výzkumu potvrzují čtvrtou hypotézu, že se adolescenty popisované depresivní symptomy liší podle pohlaví. Když jsme srovnaly v souborech depresivních chlapců a depresivních dívek prvních pět položek, v nichž obě skupiny dosahovaly nejvyššího průměrného skóru, zjistily jsme, že se oba soubory shodují pouze v položkách *změny spánku* a *minulá selhání*, neudávají je ovšem ve stejném pořadí. Ostatní položky jsou odlišné (viz. kap. 4.4.). Při zkoumání jednotlivých symptomů jsme postrádaly

možnost srovnání námi získaných dat s jinými daty, abychom mohly zhodnotit, zda je vyšší celkový průměrný skór typický pro námi popisovanou věkovou skupinu, či zda je možno některé položky z dotazníku BDI-II považovat za jasnější ukazatele probíhající depresivní poruchy u adolescentů. Dle našich zjištění totiž depresivní studenti nejvíce skórovali v položkách č. 16 (průměrný skór 2,26, SD 0,87), která zjišťuje *změny spánku*, č. 3 (průměrný skór 1,97, SD 0,84), která se zaměřuje na *minulá selhání* a třetí nejvýraznější položkou je položka č. 20 (průměrný skór 1,94, SD 0,88), jež *vypovídá o únavě*, což není možno bez srovnání spolehlivě interpretovat. Zajímavé je také zjištění, že průměrný skór vypočítaný ze všech položek pro celý testovaný soubor činí 1,41, což je hodnota, která se nachází téměř uprostřed škály s okrajovými hodnotami 0 – 3, pro minimální a těžkou formu deprese. Průměr 2,26 u položky č. 16 je výrazný a mohl by vypovídat o tom, že změny spánku patří mezi časté či výraznější potíže, postihující zkoumanou populaci, což by bylo možno ověřit či vyvrátit dalšími výzkumy. Tento symptom patří ovšem mezi tzv. „nespecifické symptomy“, které jsou přítomny u různých nemocí (srov. MKN-10).

Na tomto místě bychom ještě rády upozornily na fakt, že se mezi respondenty v našem výzkumu objevilo 12 dívek a 8 chlapců, kteří skórovali v položce 9 (sebevražedné myšlenky nebo přání) a v položce 3 (pesimismus) 2-3 body a jsou tak dle autorů testů v riziku suicidia (Beck, Steer, & Brown, 1999). Zajímavé je také zjištění, že 7 z nich bylo zařazeno do souboru osob s těžkou depresí, 8 do souboru osob se střední depresí, 4 do souboru osob s mírnou depresí a 1 osoba byla ve skupině osob s minimální depresí, což může být interpretováno několika způsoby. Buď je suicidální hrozba v tomto vývojovém období nezávislá na míře depresivity, nebo výrazně depresivní studenti odpovídali na položky dotazníku takovým způsobem, že buď úmyslně zmírnili závažnost svých obtíží, či jejich skutečné problémy nebyly tímto typem dotazníku v jednorázovém měření adekvátně zachyceny. Dalším vysvětlením může být, že míra celkového skóru odpovídá úrovni jejich depresivity a ke zkreslení došlo pouze u položky, měřící míru suicidálního rizika. Tomuto vysvětlení by mohl odpovídat také fakt, že všichni tito respondenti skórovali pouze v jedné ze dvou položek, zaměřených na suicidální tendence či myšlenky. Do budoucna by bylo jistě přínosné zaměřit se také na zkoumání

souvislostí depresivity a zneužívání návykových látek, které mohou dle mnoha zjištění výrazně zvyšovat riziko sebevraždy (srov. Carr-Gregg, 2012).

6. Závěry

Náš výzkum realizovaný na vzorku **138 respondentů** byl zaměřen na zkoumání míry depresivity a školního prospěchu. **Průměrný věk respondentů byl 17,3 let.** Dospěli jsme k následujícím závěrům:

- **72 osob** (55 dívek, 17 chlapců) ze zkoumaného souboru **vykazuje vyšší než minimální míru depresivity**, což činí 52% z celého souboru.
- Zbývajících **66 osob** (47 dívek, 19 chlapců), což odpovídá 48% celého výběrového vzorku, **bylo na základě skóru v testu zařazeno do skupiny studentů s minimální mírou depresivity.**
- **Průměrný prospěch** celého výzkumného vzorku **činí v rámci výzkumu 2,7**, přičemž soubor chlapců dosahuje horšího průměru, než soubor dívek.
- Na základě analýzy dat s využitím statistických metod **zamítáme hypotézu H1, jelikož dle našeho zjištění neexistuje signifikantně významná souvislost mezi depresivitou a školním prospěchem** u námi zkoumaného výběrového vzorku za využití námi zvolených metod. Tuto souvislost by bylo ovšem pro správnou interpretaci třeba dále zkoumat.
- V rámci našeho výzkumu **nebyl zjištěn signifikantně vyšší podíl depresivních poruch u souboru dívek, ve srovnání s chlapci, tudíž zamítáme hypotézu H2.**
- **Hypotézu H3 rovněž zamítáme, neboť míra depresivity mezi zkoumanými studijními obory vykazuje statisticky významné rozdíly.**

- **Průměrné skóry u symptomů v souborech dívek a chlapců se liší, z čehož lze vyvodit, že se depresivní porucha manifestuje u obou pohlaví rozdílně a hypotézu H4 z tohoto důvodu přijímáme.** Zatímco chlapci trpí ve větší míře pocitem potrestání (velmi výrazný skór), minulých selhání, pesimismu, změnou chuti k jídlu a poruchami koncentrace, nastupují u dívek nejčastěji změny spánku, pocity únavy a ztráta energie.
- Při srovnání depresivního a nedepresivního souboru jsme zjistily, že **depresivní skupina dosahovala vyšších skórů u položek 7 (znehucení sám ze sebe), 8 (sebekritika), 14 (pocit bezcennosti) a 17 (podrážděnost).** Obě skupiny se vůbec či téměř vůbec neliší v hodnotách u položek 2 (pesimismus), 3 (minulá selhání), 9 (sebevražedné myšlenky a přání), 13 (nerozhodnost), 15 (ztráta energie), 19 (koncentrace) a 21 (ztráta zájmu o osoby (opačného) pohlaví).
- **Zvýšené riziko suicidia** bylo zaznamenáno u **20 respondentů**, přičemž pouze 7 z nich bylo zařazeno na základě testu do skupiny osob s těžkou depresí.

Souhrn

Adolescence je obdobím, během něž dochází k postupnému přechodu z dětství do dospělosti. Kromě rozdílných pohledů na časové vymezení tohoto období narážíme také na variabilitu související s individuálními zvláštnostmi jedinců. Bez ohledu na odlišnosti v dělení jednotlivých fází přechodu mezi dětstvím a dospělostí se odborníci shodují v tom, že se jedná o vývojovou etapu, která s sebou přináší mnoho somatických, psychických i sociálních změn a vývojových úkolů. **Navzdory tomuto dlouho známému faktu se odborníci až donedávna věnovali zkoumání depresivity pouze u dospělých jedinců a období dětství a dospívání vnímali spolu s laickou veřejností jako šťastný, bezstarostný čas. Teprve od 90. let se přístup odborníků změnil natolik, že je depresivita dětí, adolescentů a dospělých posuzována podobně.**

Obdobně jako při vymezování pojmu *adolescence* narážíme také při definování pojmů *depresivita* a *deprese* na nejednotnost přístupů a pojetí. **„Depresivita jako intervalová proměnná je chápána jako míra výskytu symptomů, které se týkají přítomnosti smutku a smutku s blíže nespecifikovaným trváním“** (Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey & Grant, 1993; in Haken, 2009, s. 9). **„Kategorický přístup** naproti tomu vychází z diagnostických kritérií a **vnímá depresi jako jasně vymezenou klinickou jednotku, která buď přítomná je, anebo není, ale neexistuje žádný přechodný stav“** (DSM IV, 2000; MKN 10, 2006; in Haken, 2009, s. 9). Oba přístupy jsou opodstatněné a důležitou roli při jejich posuzování hraje fakt, že **výzkumné studie zabývající se depresivitou jako intervalovou proměnnou a výzkumy zaměřené na depresi jako klinickou jednotku v adolescenci přinášejí v mnoha ohledech shodné výsledky**, a to jak studie zaměřené na vztah mezi pohlavím a klinickou depresí v adolescenci, tak také výzkumy, které se týkají období nárůstu rozdílu depresivity mezi dívkami a chlapci v období adolescence (srov. Haken, 2009).

Deprese bývá řazena mezi **afektivní poruchy**, u nichž je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii. Tato změna nálady je obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě. Při diagnostice se dále zohledňuje, zda se jedná o jednu

depresivní epizodu, či zda se opakuje, hodnotí se množství a tíže příznaků, pátrá se po psychotických či somatických symptomech, jelikož depresivní příznaky jsou součástí několika diagnostických jednotek. **Příčiny vzniku deprese** dosud nejsou objasněny, bývají ovšem často spojovány s nedostatkem určitých chemických látek v mozku či s narušením rovnováhy a poměru mediátorových systémů. Kromě biologických faktorů sehrávají svou roli dle některých autorů také socio-emocionální aspekty, kognice a interní reprezentační modely.

Projevy deprese v adolescenci mohou nabývat mnoha různých forem. Essau (2002) dělí klinické znaky, neboli hlavní symptomy depresivní poruchy, do čtyř kategorií. Hlavními symptomy depresivní osoby jsou dle ní **trvalé a obtížně snesitelné pocity smutku, zkrroušenost, ztráta zájmů a radosti a také snížená motivace k aktivitám všeho druhu při současné unavitelnosti**. Jiní autoři (např. Goetz, 2005) dělí symptomy na **emoční, kognitivní a somatické**. Na rozdíl od dospělých **musíme u adolescentů zohlednit fakt, že z důvodu vývojového stádia, v němž se právě nacházejí, jsou hranice fyziologických, depresi podobných stavů nálady a diagnostifikovatelných depresivních poruch nejasné**. Je nutno počítat s vegetativní (maskovanou, larvovanou) depresí, či delikvencí, riskantním chováním, neklidem, sníženou koncentrací, agresivitou, zneužíváním drog, somatickými potížemi či sexuální promiskuitou, i s tím, adolescenti mohou mít problém s verbálním vyjádřením svého emočního stavu, případně o něm nechtějí hovořit vůbec.

V souvislosti se symptomy je nutné poukázat také na výsledky některých klinických studií, jež dokládají **schopnost vysoce nadaných jedinců, maskovat určité symptomy deprese**. Faktory, které k tomuto fenoménu přispívají, jsou dle Jacksona a Petersona (2004; in Holasová, 2006) zvýšená citlivost, pocity studu za svou neschopnost vyřešit nějakou věc, kognitivní zmatek příznačný pro depresi, který oslabuje copingové strategie nadaných, či strach, že můžou ublížit druhým, protože si jsou vědomi své nemoci i jejích důsledků.

Podle Carr-Gregga (2012) jsou **rizikovými faktory**, které ovlivňují vznik deprese, např. problémy ve škole (např. dítě nezvládá školní zátěž, nedaří se mu zapadnout do školního kolektivu nebo se stalo obětí šikany či kyberšikany

ze strany svých spolužáků), zneužívání drog a pak také předčasná sexualizace mladých lidí, především však mladých žen. Mezi **protektivní faktory** při vzniku deprese patří dle Horta (2000) rodinné prostředí se saturací emočních vztahů, vyšší úroveň vzdělání nebo aktivní sportovní zařazení u mladistvého (včetně různých zájmových činností) a víra.

Statistické údaje, týkající se prevalence deprese v adolescenci, se značně liší. Důvodem mohou být jak určité rozdíly v psychopatologické definici, tak také využití rozdílných vyšetřovacích metod, různé způsoby výběru výzkumného vzorku, či rozdílné metody analýzy získaných dat. Nezanedbatelné bude také procento mladých lidí, u kterých jsou přítomny depresivní symptomy, ale kteří nejsou vyšetřeni či zahrnuti do výzkumu. Mnoho výzkumníků (např. Doleys, 1977) tvrdí, že velká část dětí je schopna své problémy vyřešit i bez zásahu terapeuta, z čehož plyne, že **u dětí existuje vysoká četnost spontánní údravy**. Jiní (např. Kazdin, 1988) uvádějí, že **pouze malá část dětí, které to potřebují, je odesílána k terapii, a že ty děti, které jsou k terapii odeslány, nemusí nutně představovat právě tu skupinu, která ji potřebuje nejvíce**. Že tento problém nelze bagatelizovat a spoléhat se pouze na spontánní údravu, dokládají Říčan a Krejčířová (2006) statistickými daty z let 1986 a 1993, v nichž bylo v ČR zaznamenáno v prvním případě v adolescentním věku 524 suicidálních pokusů a 35 dokonaných suicidií, ve druhém případě 49 suicidií. **Hort (2000) uvádí, že riziko suicidia je u depresivních nezletilých až dvacetkrát vyšší, než v běžné populaci.** Více autorů upozorňuje na určitou **souvislost mezi depresivitou v adolescenci a v dospělosti**, jejich názory jsou však často odlišné či empiricky nedostatečně podložené.

Podle mnoha výzkumů spolu významně souvisejí depresivita a pohlaví. Haken (2009) ve své práci prokázal předpoklad, že **depresivita v průběhu adolescence narůstá a že narůstá rychleji u dívek než u chlapců**. Carr-Gregg (2012) udává, že se v období adolescence deprese vyskytuje ve většině západních společností dvakrát častěji u dívek než u chlapců. V *Dunedin Studie* (McGee et al., 1992) *New York Studie* (Cohen et al., 1993) a *Great Smoky Mountain Studie* (Angold et al. 1998) se u dívek až do 13. roku života neobjevovaly vyšší křivky depresivity, než u chlapců, v *Bremer Jugendstudie*

(Essau, 2000) byly zřetelné signifikantní rozdíly mezi pohlavími po dosažení věku čtrnácti let.

Dosud není známa **příčina** toho, proč jsou u dívek v období dospívání častěji zaznamenávány depresivní symptomy, než je tomu u chlapců. Uvažuje se o **vlivu ženských hormonů, změnách sociálních rolí, či předčasné sexualizaci mladých dívek**. Dle Essau (2007) může být jedním z možných vysvětlení rozdílů mezi pohlavími také **využívání rozdílných copingových strategií či vyšší nároky**, které jsou na dívky v tomto věkovém období kladeny. Upozorňuje také na přehlížený fakt, že **ačkoliv většina autorů vnímá rozdíl v depresivitě dívek a chlapců jako skutečný, může jít pouze o něco, co vzniká na základě rozdílného způsobu zodpovídání otázek, např. rozdílné otevřenosti**. Z faktu, že se chlapci a dívky odlišují s ohledem na dobu a projevy puberty, a že existují rozdílné vzory pro vznik deprese, **je možno vyvozovat kauzální souvislost mezi depresí a pubertou**. Například ve studii Garbera et al. (1997) se ukázalo, že **dívky, které měly pubertu dříve či později, častěji trpěly Major Depression, než dívky s normálním začátkem puberty**. U chlapců byla křivka *Major Depression* nezávislá na zahájení puberty. Také výsledky Angolda a spolupracovníků ukazují, že **je možno na základě pubertálního statusu lépe predikovat častost výskytu deprese u dívek, než na základě věku** (Essau, 2007).

Svou roli při rozvoji depresivních příznaků u adolescentů sehrávají také **sociální změny**, spojené s přechodem ze základní školy na střední školu. Jedná se o náročné životní období, v němž má jedinec za úkol vyrovnat se s mnoha nároky a novými situacemi. Haken (2009) zjistil, že **jak u chlapců, tak u dívek v 15 letech, dochází k náhlému nárůstu těsnosti vztahu mezi depresivitou a školními problémy**. V souvislosti s výskytem depresivních symptomů hovoří mnozí odborníci o změně či **zhoršení kognitivních funkcí a zkreslujících kognitivních procesech**, a to jak ve formě nedostatků v aktivním zpracovávání informací, tak ve formě snížené schopnosti sebeovládání, negativního atribučního stylu, nízké sebeúcty, pocitů bezmocnosti a beznaděje a s tím spojeným **zhoršením školního prospěchu** (srov. např. Barona Peixoto, 1991; Kendall, Stark, Adam, 1990; Kaslow, Rhem, Pollack a Siegal, 1988; in Ronenová, 2000). **Poznat a jednoznačně popsat příčiny zhoršeného prospěchu je dle našeho názoru nemožné, neboť u každého jedince**

dochází k působení mnoha různých vlivů, v různých časech, situacích, kombinacích či intenzitě. Vyvozování kauzálních vztahů by bylo pouhou spekulací, neboť nejsme schopni postihnout všechny proměnné, mezi něž nepochybně patří také jedinečná osobnost jedince v rozmanitosti jeho sociálních vazeb. **Na základě mnoha dat o depresivních symptomech je však určitá souvislost mezi školním prospěchem a depresivitou zřejmá.**

Ve výzkumu, do nějž bylo zahrnuto 102 dívek a 36 chlapců vykazovalo 52% respondentů vyšší než minimální míru depresivity, a to na základě analýzy dat ze sebeposuzovací škály standardizovaného dotazníku BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1999). Při porovnání těchto výsledků s průměry známek z pololetí aktuálního a konce minulého školního **nebyla zjištěna statisticky významná souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem testovaných studentů 2. a 3. ročníků SŠ.** Míra depresivity se u zkoumaných oborů gymnázia, pedagogického lycea a podnikatelského oboru lišila, a to navzdory faktu, že šlo o obory vyučované na jedné škole. Byl zjištěn **signifikantní rozdíl mezi skupinou studentů gymnázia a skupinou pedagogického lycea, signifikantní rozdíl v míře depresivity mezi chlapci a dívkami však zjištěn nebyl.**

Co se konkrétních symptomů týče, trpí **chlapci ve větší míře pocitem potrestání (velmi výrazný skór), minulých selhání, pesimismu, změnou chuti k jídlu a poruchami koncentrace, zatímco u dívek nastupují nejčastěji změny spánku, pocity únavy a ztráta energie,** což je možno doložit také analýzou a porovnáváním získaných dat mezi skupinami depresivních chlapců a depresivních dívek. Pořadí položek s nejvyšším skórem je u obou skupin dívek stejné, chlapci přiřazují vyšší hodnoty položkám označujícím pesimismus (2), změny spánku (16) a změny koncentrace (19), než pocitům minulých selhání (3), které má soubor všech (depresivních i nedeprativních) chlapců na 2. místě.

Depresivní skupina dosahuje při porovnání průměrného skóru u jednotlivých položek testu BDI-II s nedeprativní skupinou **vyšších skóre u položek 7 (znehucení sám ze sebe), 8 (sebekritika), 14 (pocit bezcennosti) a 17 (podrážděnost).** Obě skupiny se vůbec či téměř vůbec neliší v hodnotách u položek 2 (pesimismus), 3 (minulá selhání), 9 (sebevražedné myšlenky a přání), 13 (nerozhodnost), 15 (ztráta energie), 19

(koncentrace) a 21 (ztráta zájmu o osoby /opačného/ pohlaví). Všechna data interpretujeme s vědomím omezení, která souvisí s rozsahem výzkumu, výběrem výzkumného souboru, volbou metod i způsobem zpracování.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Bajerová, S. (2006). *Faktory ovlivňující kvalitu života depresivních pacientů v období remise* (Diplomová práce). Získáno 29. září 2012, z: Informační systém Masarykovy univerzity http://is.muni.cz/th/44696/ff_m/Diplomova_prace-Bajerova_Sona.pdf
- Baštecká, B. a. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1999). *Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé*. Brno: Psychodiagnostika s.r.o.
- Bendová, K. e. (2011). *Manuál pro psaní diplomových prací na katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Bocková, B. (2011). *Riziko, deprese a problémové chování v období adolescence* (Rigorózní práce). Získáno 23. duben 2012, z: Informační systém Masarykovy univerzity: http://is.muni.cz/th/392613/ff_r/Rigorozni_prace.pdf
- Branik, E. (1990). Depressive Syndrome in der Adoleszenz. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 39., 4, s. 126 - 132.
- Čačka, O. (1996). *Psychologie dítěte*. Tišnov: Sursum.
- Carr-Gregg, M. (2012). *Psychické problémy v dospívání (Orig. When to really worry: Mental health problems in teenagers and what to do about them)*. Praha: Portál.
- Chráška, M. (1997). Srovnávání klasifikace chlapců a dívek na ZŠ. *Výchova a vzdělávání v českých zemích na prahu 3. tisíciletí* (s. 30, 36). Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, fakulta pedagogická.
- Dalajka, J., & Širůček, J. (Roč. 4, č. 1; 2010). *Víra ve spravedlivý svět, psychosociální zátěž a depresivita v adolescenci, mediální model*. Získáno 3. listopad 2012, z: E-psychologie, elektronický časopis ČMPS: http://e-psycholog.eu/pdf/dalajka_et al.pdf
- De Vaus, D. (2002). *Analyzing Social Science Data. 50 Key Problems in Data Analysis, 1. vydání*. London: Sage Publications Ltd.
- Erikson, Osm věků člověka, *TransLangmeierovi*. (nedatováno). Získáno 28. říjen 2012, z: SkoroPSYCHO, psychologie pro praktický účel: <http://www.skoropsycho.cz/?p=82>
- Essau, C. A. (2003). *Angst bei Kindern und Jugendlichen*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.
- Essau, C. A. (2007). *Depression bei Kindern und Jugendlichen: Psychologisches Grundlagenwissen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Etický kodex CASP. (nedatováno). Získáno 16. březen 2011, z: <http://www.caspos.cz>

- Goetz, M. (2005). *Deprese u dětí a adolescentů*. Získáno 23. března 2012, z: *Pediatric pro praxi*: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf>
- Groen, G. (2002). *Der Verlauf depressiver Störungen im Jugendalter - Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie*. Získáno 28. října 2012, z: http://books.google.cz/books?id=n9B6vnMeLpwC&printsec=frontcover&dq=groen+der+v+erlauf+depressiver+st%C3%B6rungen&hl=cs&sa=X&ei=IdSMUNSxJrCQ4gT-wIGgCw&redir_esc=y
- Groen, G., & Petermann, F. (2002). *Depressive Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Groen, G., Petermann, F., & Essau, C. (2002). *Depression bei Kindern und Jugendlichen: Psychologisches Grundlagenwissen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Haken, T. (2009). *Vývoj depresivity v adolescenci: zprostředkující role vnímané psychosociální zátěže a preferovaných strategií zvládání* (Diplomová práce). Získáno 28. září 2012 z: Informační systém Masarykovy univerzity; http://is.muni.cz/th/78664/fss_m/
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Holasová, K. (2006). *Úzkost a depresivita u rozumově nadaných adolescentů* (Diplomová práce). Získáno 23. dubna 2012, z: Informační systém Masarykovy univerzity; http://is.muni.cz/th/52257/ff_m/?lang=en
- Hort, V. e. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- Koudelková, A. (1995). *Psychologické otázky delikvence*. Praha: Victoria Publishing.
- Krch, F. D., & Csémy, L. (2005). *Rodinné koreláty depresivity v adolescenci*. Získáno 23. dubna 2012, z: *Česká a slovenská psychiatrie*, 102, 2006, No. 3, pp. 130-136: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=221>
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2003). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (1989). *Dětská psychoterapie*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie, 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Luebbers, M. (2008). *Depressionen bei Schülern: Korrelationen zwischen Schule und dem Ausmaß einer Depression bei Schülern; Examensarbeit, Dokument Nr. V138372*. Získáno 28. října 2012, z: Google Scholar: <http://www.grin.com/ISBN987-3-640-46526-2>
- Lukesch, H. (1974). *Depression und Intelligenz*. Získáno 29. září 2012, z: uni-regensburg.de: <http://epub.uni-regensburg.de/2867/1/Depression293-317.pdf>

- Malečková, L. (1996). *Klinické použití Beckovy sebesuzovací škály deprese (Nepublikovaná diplomová práce)*. Praha: FF Univerzity Karlovy v Praze.
- Marhounová, J. (1996). *Dospívání*. Praha: Empatie.
- Martin, M., & Waltmanová-Greenwoodová, C. (1997). *Jak řešit problémy dětí se školou (Orig. Solve Your Child's School-Related Problems)*. Praha: Portál.
- MKN-10, 1. díl. (nedatováno). Získáno 2. listopad 2012, z: Poruchy duševní a poruchy chování (F00 - F 99); <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>
- Orel, M. e. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Petermann, F., & Petermann, U. (2002). *Training mit aggressiven Kindern, Materialien für die klinische Praxis*. Beltz, J.
- Plháková, A. (2011). *Úvod do psychoanalytických teorií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Rahn, E., & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie, učebnice pro studium a praxi (Orig.: Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf)*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o.
- Reiterová, E. (2004). *Statistické metody pro studenty kombinovaného studia psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, filozofická fakulta.
- Reiterová, E. (2006). *Statistické techniky a možnosti realizace výzkumu v psychologii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, filozofická fakulta.
- Reiterová, E. (2008). *Psychometrie - studijní texty pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, filozofická fakulta.
- Říčan, P., & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie, 4. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Ronenová, T. (2000). *Psychologická pomoc dětem v nesnázích: kognitivně-behaviorální přístupy při práci s dětmi (Orig. Cognitive developmental therapy with children)*. Praha: Portál.
- Schmidbauer, W. (1994). *Psychologie - lexikon základních pojmů, (Orig. Psychologie, Lexikon der Grundbegriffe)*. Praha: Naše vojsko.
- Schneider, S. (2004). *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer Verlag.
- Smahel, R. (nedatováno). *Období adolescence*. Získáno 23. duben 2012, z: <http://www.katolik.cz/texty/view.asp?cis=311>
- Stuchlíková, I. (2002). *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál.
- Zapotoczky, H., & Fischhof, P. (2002). *Psychiatrie der Lebensabschnitte: Ein Kompendium*. Wien: Springer-Verlag.

Přílohy

Příloha č. 1: Zadání bakalářské práce studenta

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2011/2012

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

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Mgr. MARTINÁKOVÁ Eva	Na Plavisku 1111, Vsetín	I10270

TÉMA ČESKY:

Souvislost mezi depresivitou a školním prospěchem studentů SŠ

NÁZEV ANGLICKY:

The Link between Student Depressiveness' and Success at Secondary School

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Veronika Kavenská - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Cílem práce je zjistit případnou souvislost mezi mírou depresivity, měřenou standardizovaným dotazníkem BDI-II, a školním prospěchem, posuzovaným na základě průměrů dvou po sobě jdoucích vysvědčení studentů 2. a 3. ročníků střední školy, studujících různé obory.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Blatný, M. a kol. (2010) Psychologie osobnosti. Praha: Grada Publishing,a.s.
Československá psychologie (1996), svazek 40, ČSAV.
Ferjenčík, J. (2010) Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál.
Fontana, D. (2003) Psychologie ve školní praxi. Praha: Portál.
Krejčířová, D. (2006) Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing,a.s.
Krejčová, L. (2011) Psychologické aspekty vzdělávání dospívajících. Praha: Grada Publishing,a.s.
Markhamová,U. (1996) Pomáháme dětem zvládnout stres. Praha: Talpress.
Říčan, P.; Krejčířová, D. (2006) Dětská klinická psychologie. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s.
Vágnerová, M. a kol. (2001) Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál.

Podpis studenta: Eva Martináková

Datum: 29.3.2012

Podpis vedoucího práce: Kavenská

Datum: 29.4.2012

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Souvislost mezi depresivitou a školním prospěchem studentů SŠ

Autor práce: Mgr. Eva Martináková

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Kavenská, PhD.

Počet stran a znaků: 85 stran, 119 720 znaků

Počet příloh: 9 (v elektronické verzi 10)

Počet titulů použité literatury: 49

Abstrakt: Práce je zaměřena na zjišťování souvislosti mezi mírou depresivity a školním prospěchem studentů SŠ. V teoretické části jsou shrnuty empirické poznatky o tom, že ačkoliv se to donedávna nepředpokládalo, míra depresivity v období puberty a adolescence výrazně stoupá, a to především u dívek, přičemž mezi její hlavní symptomy patří zhoršení školního prospěchu, poruchy spánku, snížená aktivita, pocity viny či smutku či suicidální myšlenky. Symptomatika depresivity v adolescenci je v práci podrobněji zpracována. Z popsanych zjištění vychází 4 hypotézy, jejichž platnost je ověřována na souboru 138 adolescentů, získaném z důvodu omezení vlivu nežádoucích proměnných metodou příležitostného výběru ze studentů 2. a 3. ročníků jedné střední školy. K získávání dat byla zvolena metoda dotazníkového šetření, konkrétně Beckův standardizovaný dotazník depresivity BDI-II a vlastní dotazník na zjišťování klasifikačních údajů ze dvou po sobě následujících vysvědčení. Data byla statisticky zpracována pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, dvouvýběrového F-testu a t-testu a s využitím Scheffova testu pro porovnání rozdílů mezi soubory. Výzkum nepotvrdil statisticky významnou souvislost mezi mírou depresivity a školním prospěchem zkoumaného vzorku, kterou předpokládala hypotéza č. 1, ani signifikantní rozdíl v depresivitě mezi pohlavími, což vedlo k zamítnutí hypotézy č. 2. Při ověřování hypotéz č. 3 a 4 byl zjištěn signifikantní rozdíl v míře depresivity mezi zkoumanými obory i rozdíl

v udávaných symptomech depresivity mezi soubory dívek a chlapců. Provedený výzkum je orientačním či pilotním výzkumem, neboť zobecnění získaných dat je omezeno především výběrem výzkumného vzorku.

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

SUMMARY OF THESIS

Title: The Link between Student Depressiveness' and Success at Secondary School

Author: Mgr. Eva Martináková

Supervisor: PhDr. Veronika Kavenská, PhD.

Number of pages and characters: 85 pages, 119 720 characters

Number of appendices: 9 (10 in the electronical version)

Number of references: 49

Summary: The aim of the thesis is to find the link between the extent of depressiveness and secondary school students' success. In the theoretical part the empirical knowledge is summarised as follows: although it had not been assumed up until a short time ago, the extent of depressiveness at the age of pubescence and adolescence rises significantly, particularly in girls. Among the main symptoms are a deterioration of school results, sleep disorders, decreased activity, feelings of guilt or sadness, and suicidal thoughts.

The depression symptomatology in adolescence is processed in the thesis in greater detail. There are 4 hypotheses based on the described findings. The validity of the hypotheses is verified on a group of 138 adolescents, who were chosen from 2nd and 3rd year students of a secondary school through the method of random choice, for the reasons of limiting any unwanted variables. In order to obtain data the following methods were chosen: the method of questionnaire survey, in particular the Beck Depression Inventory BDI-II, and my own questionnaire to find assessment data from two consecutive school reports. The data was statistically processed with Pearson correlation coefficient, two variances F-test, and t-test using Scheffé's method to compare the differences among the sets. The research did confirmed neither a statistically significant link between the depressiveness and success at school among the studied sample, which was presupposed in hypotheses No.1, nor a significant difference in depression between the two sexes, which led to dismissal of the hypothesis No. 2. When verifying hypotheses No. 3 and 4, a significant difference in depressiveness among the researched subjects of study

was discovered as well as a difference in given symptoms of depressiveness among the sets of girls and boys. The research is a general or a pilot study because the generalisation of the obtained data is limited mainly by the choice of the research sample.

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

Příloha č. 3: Výskyt depresivních symptomů podle věkových skupin
(podle Essau et. al 1988; in Essau, 2007, s. 61)

Symptomy	Věkové skupiny		
	12 - 13 (N = 380)	14 - 15 (N = 350)	16 - 17 (N = 305)
Skleslá nálada	27,1	36,9	42,6**
Snížení zájmu	11,3	20	22,6***
Snížení či zvýšení hmotnosti	8,2	20,6	22,0***
Nespavost či nadměrná potřeba spánku	25,3	29,2	32,1
Psychomotorický neklid či zábrany	8,9	13,7	11,1
Únava či ztráta energie	11,3	21,8	21,6**
Pocity bezcennosti	17,4	22,6	25,6*
Snížená schopnost myšlení či koncentrace	22,9	34	42,6***
Opakované myšlenky na smrt, suicidální pokus, plán	17,1	26,3	27,5**

Poznámky: ¹ Statistické srovnání věkové skupiny (X²-test);

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Příloha č. 4: Žádost zákonných zástupců o potvrzení informovaného souhlasu s testováním nezletilých

Vážený rodiče,

na SŠ Kostka, s.r.o. proběhne v nejbližších dnech výzkum zaměřený na školní prospěch a související oblasti života studentů SŠ. Výzkum bude uskutečněn formou krátkého dotazníku. Výsledky výzkumu budou zcela anonymní a budou použity výhradně pro účely zpracování bakalářské práce. Prosím Vás tímto o udělení souhlasu, aby se Váš syn/Vaše dcera _____, třída _____ mohl/a vyplnění dotazníku zúčastnit, a aby mohl realizátor výzkumu poskytnutá data zpracovat.

Případné dotazy ráda zodpovím. Kontakt:

Děkuji Vám za spolupráci

Mgr. Eva Martináková

Souhlasím – nesouhlasím (nevyhovující prosím přeškrtněte).

Datum a podpis zákonného zástupce

Příloha č. 5: Formulář pro zjišťování klasifikačních údajů

Vypište, prosím, podle údajů z INFOCENTRA, do následující tabulky vaše předměty a známky z 1. POLOLETÍ TOHOTO ŠKOLNÍHO ROKU (leden 2012)

Chování NEPIŠTE! Můžete používat obvyklé zkratky.

Předmět	Známka	Předmět	Známka
1. CJL		8.	
2. MAT		9.	
3. ANJ		10.	
4. NEJ		11.	
5.		12.	
6.		13.	
7.		14.	

Vypište, prosím, podle údajů z INFOCENTRA, do následující tabulky vaše předměty a známky z 2. POLOLETÍ PŘEDCHOZÍHO ŠKOLNÍHO ROKU (červen 2011)

Chování NEPIŠTE! Můžete používat obvyklé zkratky.

Předmět	Známka	Předmět	Známka
1. CJL		8.	
2. MAT		9.	
3. ANJ		10.	
4. NEJ		11.	
5.		12.	
6.		13.	
7.		14.	

Děkuji vám mnohokrát za spolupráci!

Příloha č. 6: Příklad zpracování dat z dotazníku v tabulce
(obor gymnázia)

Příloha č. 7: Pomocné výpočty k Scheffovu testu

Pomocné výpočty				
	A	B	C	Celkem
Počet	24	48	66	138
Součet	273	840	946	2059
Průměr	11,375	17,5	14,33333333	
Rozptyl	49,11413043	76,59574468	75,21025641	

ANOVA	k=3				
Zdroj rozptylu	SČ	Stupně vol.	Rozptyl	F	Hodnota P
Mezi skupinami	643,8315217	2	321,9157609	4,518331	0,01260662
Uvnitř skupin	9618,291667	135	71,24660494		
Celkem	10262,12319	137			
F krit je cca.	3,05	F > F krit	Mezi skupinami je signifikantní rozdíl		

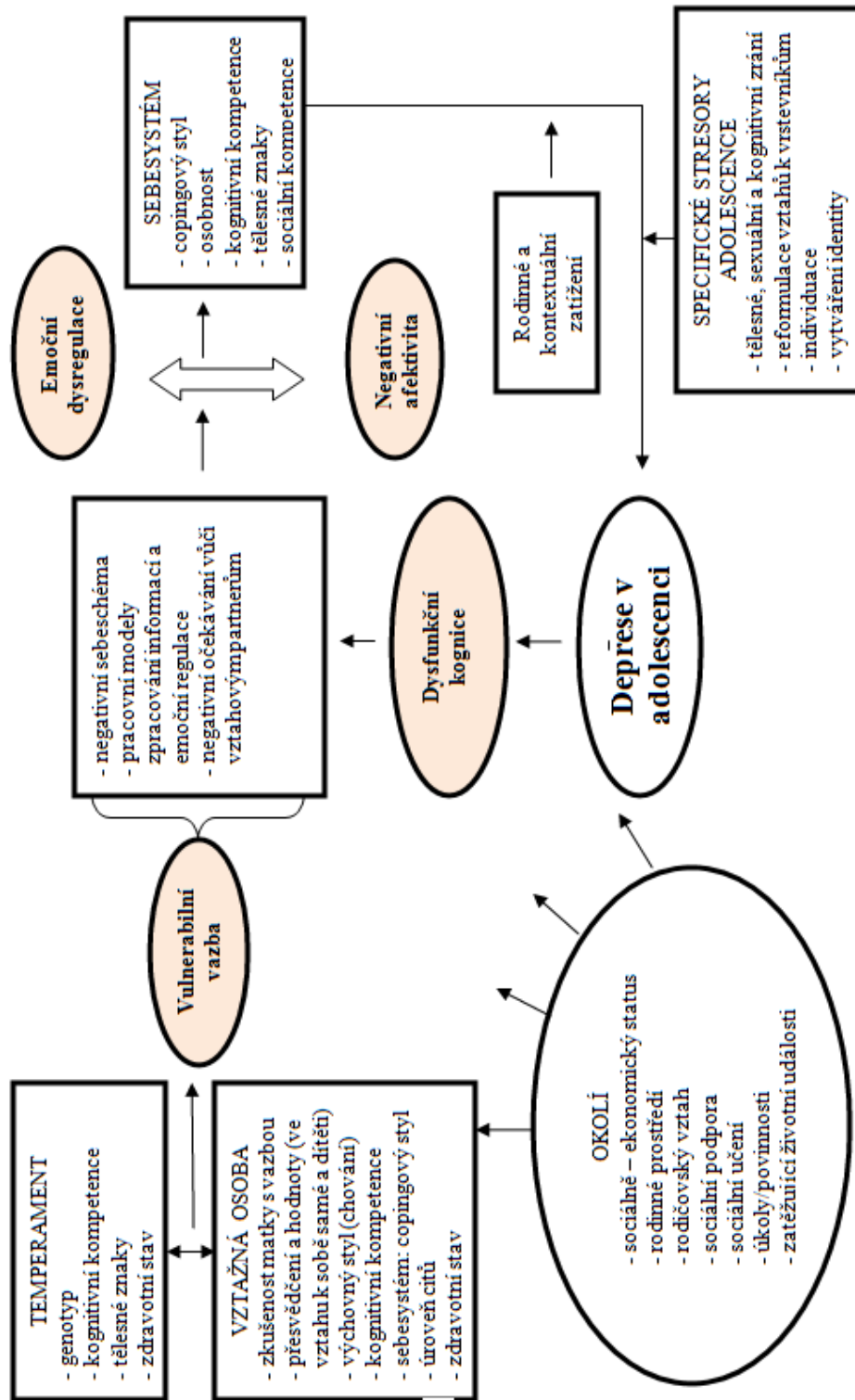
	ΣA_i^2	ΣB_i^2	ΣC_i^2	Celkem
x2	4235	18300	18448	40983

SČC	10262,12319
SČBG	643,8315217
SČWG	9618,291667

Příloha č. 8: Průměrné hodnoty u jednotlivých položek testu BDI-II podle oboru, pohlaví a míry depresivity

Průměrné hodnoty u jednotlivých položek testu BDI-II																						
Obor / pohlaví	"Depresivní"																					
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	
G dívky	0,4	1	1,4	0,1	0,7	0,2	0,3	1	0,1	0,4	0,4	0,3	0,6	0,5	0,9	0,9	0,5	0,7	0,5	0,6	0	
G chlapci	0,6	2	1	0,6	0,4	2	0,4	1	0,2	0	1,6	0,4	1	0,8	1	1,2	1	1,6	0,8	1,8	0,4	
L dívky	0,8	1,2	1,3	0,8	1,2	1	0,9	1,4	0,4	1,0	1,0	0,6	1,3	0,9	1,5	1,6	1,2	1,2	1,3	1,5	0,3	
L chlapci	1	1	2	0	1	1	0	2	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	
P dívky	0,8	1	1,3	0,9	1,1	1,1	0,6	1,1	0,4	0,8	0,9	0,7	1,3	1,1	1,2	1,6	0,8	1,1	1,2	1,4	0,4	
P chlapci	0,5	1,5	1,7	0,8	1,5	1,9	0,7	1,1	0,5	1,1	0,8	1	1,2	1,1	1,6	1,8	0,5	1,2	2,1	1,3	0,3	
Součet	4,1	7,61	8,69	3,24	5,82	7,22	2,92	7,61	1,58	3,24	5,68	2,93	6,31	4,35	7,2	8,07	4,94	5,69	5,93	7,59	1,43	
Průměr	0,68	1,27	1,45	0,54	0,97	1,2	0,49	1,27	0,26	0,54	0,95	0,49	1,05	0,73	1,2	1,34	0,82	0,95	0,99	1,27	0,24	
Obor / pohlaví	"Nedepresivní"																					
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	
G dívky	0,6	0,7	0,4	0	0,6	0,3	0	0,9	0,1	0,1	0,2	0,4	0,5	0,2	0,7	0,5	0,4	0,6	0,3	0,4	0	
G chlapci	0	1	1	0	0,5	0,5	0	0,25	0	0	0,25	0	0,25	0	0	0	0,25	0	0	0	0	
L dívky	0,1	0,3	0,5	0,4	0,5	0,2	0,1	0,6	0,1	0,4	0,5	0,1	0,6	0	0,7	0,6	0,3	0,4	0,5	0,7	0,3	
P dívky	0,5	0,5	0,8	0,3	0,7	0,3	0	0,4	0,2	0,3	0,4	0,2	0,7	0,4	0,4	1	0,3	0,7	0,5	0,4	0,1	
P chlapci	0,1	0,3	0,5	0,1	0,5	1,1	0	0,1	0,1	0,1	0,3	0,5	0,3	0,1	0,6	0,5	0,1	1	0,6	0,6	0,1	
Součet	1,25	2,82	3,17	0,78	2,85	2,38	0,07	2,25	0,59	0,88	1,55	1,23	2,37	0,68	2,4	2,57	1,26	2,73	1,87	2,08	0,42	
Průměr	0,25	0,56	0,63	0,16	0,57	0,48	0,01	0,45	0,12	0,18	0,31	0,25	0,47	0,14	0,48	0,51	0,25	0,55	0,37	0,42	0,08	

Příloha č. 9:



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

Příloha č. 10 – pouze v elektronické verzi: Test BDI-II (muži)

BDI-II

ZÁZNAMOVÝ ARCH

T-91

Obor:

Věk:

MUŽI

Instrukce: Dotazník se skládá z 21 skupin různých tvrzení. Přečtete si, prosím každou skupinu pečlivě. Zakroužkujte v každé skupině **jeden výrok**, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během **posledních 14 dnů, včetně dneška**. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte si vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždé vyberte ze skupiny pouze jeden výrok.

1. Smutek

- 0 Nejsem smutný.
- 1 Většinou jsem smutný.
- 2 Pořád jsem smutný.
- 3 Jsem tak smutný, že se to nedá vydržet.

2. Pesimismus

- 0 O svou budoucnost nemám obavy.
- 1 O svou budoucnost se obávám více než dříve.
- 2 Myslím, že se mi nebude dařit.
- 3 Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší.

3. Minulá selhání

- 0 Nemám dojem, že selhávám.
- 1 Selhal jsem častěji, než bych měl.
- 2 Když se dívám do minulosti, vidím spoustu selhání.
- 3 Jako člověk jsem úplně selhal.

4. Ztráta radosti

- 0 Raduji se stejně jako dříve.
- 1 Neraduji se stejně jako dříve.
- 2 Téměř nemám potěšení z věcí, které jsem měl rád.
- 3 Vůbec nemám potěšení z věcí, které jsem měl rád.

5. Pocit viny

- 0 Nemívám nijak zvlášť pocit viny.
- 1 Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělal nebo měl udělat.
- 2 Mívám často pocit viny.
- 3 Pořád mám pocit viny.

6. Pocit potrestání

- 0 Nemyslím, že mě život trestá.
- 1 Myslím, že by mě život mohl potrestat.
- 2 Očekávám trest.
- 3 Myslím, že jsem životem trestán.

7. Znechucení sám ze sebe

- 0 Myslím si o sobě pořád to samé.
- 1 Ztratil jsem důvěru sám v sebe.
- 2 Jsem ze sebe zklamaný.
- 3 Sám sebou jsem znechucen.

8. Sebekritika

- 0 Nekritizuji nebo neobviňuji sám sebe více než obvykle.
- 1 Jsem sám k sobě více kritický než dříve.
- 2 Kritizuji se za všechny své chyby.
- 3 Obviňuji se za všechno špatné, co se přihodí.

9. Sebevražedné myšlenky nebo přání

- 0 Nepřemýšlím o tom, že bych se zabil.
- 1 Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělal bych to.
- 2 Chtěl bych se zabít.
- 3 Kdybych měl možnost, tak bych se zabil.

10. Plačtivost

- 0 Nepláču více než dříve.
- 1 Pláču více než dříve.
- 2 Pláču kvůli každé maličkosti.
- 3 Je mi do pláče, ale nejsem toho schopen.

POČET BODŮ
STR. 1

POKRAČOVÁNÍ

11. Agitovanost

0 Nejsem více neklidný nebo napjatý než obvykle.

1 Cítím se více neklidný a napjatý než obvykle.

2 Jsem tak neklidný nebo rozrušený, že je těžké to vydržet.

3 Jsem tak neklidný nebo rozrušený,
že nemohu zůstat v nečinnosti.

12. Ztráta zájmu

0 O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratil.

1 Méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.

2 Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.

3 Je těžké se zajímat o cokoliv.

13. Nerozhodnost

0 Rozhoduji se stejně dobře, jako dříve.

1 Rozhodovat se je obtížnější, než obvykle.

2 Rozhoduji se mnohem obtížněji, než dříve.

3 Mám problém udělat jakékoliv rozhodnutí.

14. Pocit bezcennosti

0 Necítím se bezcenný.

1 Nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu, jako jsem mívával.

2 Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenný.

3 Cítím se úplně bezcenný.

15. Ztráta energie

0 Mám stejně energie jako vždy.

1 Mám méně energie, než jsem mívával.

2 Nemám dost energie, abych toho hodně udělal.

3 Vůbec na nic nemám energii.

16. Změna spánku

0 Nevšiml jsem si žádných změn svého spánku.

1a Spím trochu více než obvykle.

1b Spím trochu méně než obvykle.

2a Spím mnohem méně než obvykle.

2b Spím mnohem méně než obvykle.

3a Většinu dne prospím.

3b Probouzím se o 1-2 hodiny dříve a už nemohu usnout.

17. Podrážděnost

0 Nejsem podrážděný více než obvykle.

1 Jsem více podrážděný než obvykle.

2 Jsem mnohem více podrážděný než obvykle.

3 Bývám pořád podrážděný.

18. Změny v chuti k jídlu

0 Necítím žádné změny v chuti k jídlu.

1a Mám trochu menší chuť k jídlu než obvykle.

1b Mám trochu větší chuť k jídlu než obvykle.

2a Mám mnohem menší chuť k jídlu než obvykle.

2b Mám mnohem větší chuť k jídlu než obvykle.

3a Vůbec nemám chuť k jídlu.

3b Jíst mohu pořád.

19. Koncentrace

0 Mohu se soustředit jako vždycky.

1 Nejsem schopný se soustředit jako obvykle.

2 Je těžké se na cokoliv delší dobu soustředit.

3 Nejsem schopný se soustředit na nic.

20. Únava

0 Nejsem unavený více než obvykle.

1 Unavím se snadněji než obvykle.

2 Jsem příliš unavený, než abych dělal tolik
věcí, jako jsem dělával.

3 Jsem tak unavený, že nedokážu dělat skoro nic.

21. Ztráta zájmu o osoby (opačného) pohlaví

0 V současnosti jsem nezaznamenal změnu
zájmu o osoby (opačného) pohlaví.

1 Mám menší zájem o osoby (opačného) pohlaví.

2 Mám nyní mnohem menší zájem o osoby
(opačného) pohlaví.

3 Úplně jsem ztratil zájem o osoby (opačného)
pohlaví.

Počet bodů str. 2

Počet bodů str. 1

Celkový skór