

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PSYCHOLOGIE

DEPRESE U ŽEN V OBDOBÍ DOSPĚLOSTI

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Richard Vankan

Učitelství pro SŠ: anglický jazyk-psychologie (2011-2014)

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

Plzeň, 2013

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracoval samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 31. března 2013

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval PhDr. Lence Novotné za odborné vedení, cenné připomínky a náměty, které mi při zpracování diplomové práce poskytla. Poděkování patří také všem ženám, které se zúčastnily mého výzkumu. Závěrem bych chtěl poděkovat své rodině za podporu v průběhu studia.

Obsah

OBSAH.....	1
ÚVOD.....	3
TEORETICKÁ ČÁST	4
1 TEORETICKÉ PŘÍSTUPY KE STUDIU VÝVOJE ČLOVĚKA V DOSPĚLOSTI.....	5
2 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY OBDOBÍ DOSPĚLOSTI.....	7
3 VÝVOJOVÉ ETAPY DOSPĚLÉHO ČLOVĚKA.....	9
3.1 Časná dospělost.....	9
3.2 Střední dospělost	11
3.2.1 Krize středního věku.....	12
3.3 Pozdní dospělost	14
4 FEMINITA	17
5 CHARAKTERISTIKA DEPRESE	20
5.1 Symptomy deprese	22
5.2 Přehled depresivních syndromů	24
5.3 Dělení depresivních poruch podle kritérií.....	25
5.4 Typy deprese	27
5.5 Deprese u žen	32
5.6 Léčba depresivních stavů	33
5.6.1 Farmakoterapie	34
5.6.2 Psychoterapie.....	35
PRAKTICKÁ ČÁST	37
6 CÍL VÝZKUMU, CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU A POUŽITÝCH METOD	38
6.1 Charakteristika výzkumného vzorku.....	39

6.2 Interpretace výsledků	39
7 MÍRA DEPRESE A CELKOVÉ SHRNUÍ VÝSLEDKŮ	67
7.1 Míra deprese u žen v závislosti na věku.....	67
7.2 Míra deprese u žen závislosti na jejich rodinném stavu.....	71
7.3 Míra deprese u žen s alespoň jedním dítětem	75
7.4 Míra deprese u bezdětných žen	76
7.5 Míra deprese u žen v závislosti na jejich nejvyšším dosaženém vzdělání	78
7.6 Míra deprese u žen v závislosti na stávajícím zařazení.....	82
7.7 Celkové shrnutí výsledků	88
8 KAZUISTIKA	89
ZÁVĚR.....	92
RESUMÉ	93
SUMMARY	94
SEZNAM LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ	95
PŘÍLOHY	97

Úvod

„Všichni prožíváme občas kolísání nálad; období, kdy jsme plní energie a cítíme se šťastně, se u každého občas střídají s chvílemi smutku a nechuti k jakékoli činnosti. Chorobné poruchy nálad představují ovšem daleko hlubší výkyvy prožívání, mající pro postiženého i jeho okolí vážné, často i trýznivé důsledky.“ (Vágnerová, 2000, s. 191)

Nálada je trvalou a nezbytnou součástí lidského vědomí, nemůžeme ji vůlí ovlivnit a rozhodnout se být veselí, či smutní. Asi každý si ve svém životě prošel obdobím smutku, skleslé nálady a trudomyslnosti. Důvodem mohla být ztráta blízké osoby, pracovní či rodinné neúspěchy nebo i dlouhotrvající špatné počasí. V tomto období lidé laicky tvrdí, že trpí depresí. Je ovšem nutné rozlišit smutek od klinické deprese, která má mnohem dalekosáhlejší důsledky. Depresí označujeme chorobnou náladu, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a trvá déle než dva týdny. Deprese silně ovlivňuje veškeré prožívání, chování i uvažování nemocného, který je úzkostný, pesimistický a ztrácí schopnost prožívat radost. Hodnocení okolního světa i samotného postiženého je silně negativní a pesimistické. Žádná činnost nemá smysl a pacienti s těžkou depresí mají pocit, že nemá ani smysl žít. U těchto pacientů může dojít až k suicidálnímu jednání. Dle Vágnerové (2000) se deprese vyskytuje u přibližně u 1-3% dospělé populace a častěji postihuje ženy, proto je praktická část této práce zaměřena na ženy v období dospělosti.

Tato diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Jedna z kapitol teoretické části se zabývá vývojovou psychologií dospělého člověka v časně, střední i pozdní dospělosti. Protože je dokázáno, že větší mírou deprese trpí ženy, je další část práce věnována feminitě a důvodům, proč jsou ženy náchylnější k depresivním onemocněním. Kapitola věnovaná depresi popisuje nejčastější symptomy deprese, přehled depresivních syndromů, jejich dělení dle kritérií a typů deprese. Dále obsahuje podkapitulu zabývající se depresí u žen a možnostmi léčby deprese pomocí farmakoterapie a psychoterapie.

Praktická část diplomové práce obsahuje vyhodnocení dotazníku, který zjišťuje míru depresivního onemocnění u žen a výskyt nejčastějších příznaků deprese u 87 respondentek. Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jaká je průměrná míra deprese u žen a který z depresivních příznaků je nejčastější. Za účelem zprostředkování autentického pohledu na toto psychické onemocnění je do diplomové práce také zařazena kazuistika dívky, která trpí depresivním onemocněním.

Teoretická část

1 Teoretické přístupy ke studiu vývoje člověka v dospělosti

Pro většinu lidí je charakteristický určitý trend ve vývoji a i osobnost člověka se významným způsobem mění nejen v dospělosti, ale jistě i ve stáří. V současnosti existují dva základní teoretické přístupy ke studiu vývoje člověka v dospělosti:

Model zákonitých „normativních“ krizí (např. Erikson, Vaillant a další) předpokládá, že vývoj i v dospělosti sleduje zákonitou sekvenci sociálních a emočních změn. Existuje tedy určitý daný, obecně platný „základní rámec“ lidského vývoje, který je sice v různých sociálních podmínkách a za různých okolností realizován individuálně velmi rozličným způsobem, ale žádná z jeho etap nemůže být vynechána či přeskočena. Člověk by měl splnit na své životní cestě řadu, pro každé období specifických vývojových úkolů, aby mohl úspěšně projít celým životem. Pro období dospělosti vymezuje Erikson tři takové úkoly: dosažení opravdové intimity v mladé dospělosti, ve středním věku pak pocit generativity a ještě později překonání strachu ze smrti a dosažení skutečné moudrosti a integrity. Jednotlivé vývojové úkoly na sebe navazují a v případě jejich nesplnění je další vývoj člověka narušen či vážně ohrožen. Podobně např. Levinson (1986) rozpracovává pojetí krize středního věku jako zákonité etapy, kterou člověk musí projít, aby mohl pokračovat na cestě ke zralosti. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Model „načasování životních událostí“ dle Neugartnerové předpokládá, že vývoj v dospělosti již není závislý na věku člověka, protože biologické změny již mají jen minimální vývojový význam. Větší roli hrají životní okolnosti, které mohou být ovšem nesmírně různorodé. V dětství jsou rozhodující naopak spíše maturační, biologicky podmíněné události, jako je první slůvko nebo počátek chůze či pubertální tělesné změny. V dospělosti je tedy přechod z jedné vývojové fáze do fáze následující signalizován hlavně sociálně významnými životními událostmi, mezi které patří odchod z domova, vstup do manželství, narození dětí, odchod do důchodu atd. Lidé se tedy vyvíjejí především v reakci na tyto události, rozhodující je přitom zejména doba, kdy k nim u člověka dojde. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Pokud k událostem dojde v době, kdy je to sociálně očekáváno a člověk je na ně dostatečně připraven, vývoj může plynule postupovat, tyto události jsou označovány jako normativní. Pokud se však dostaví mimo očekávanou dobu, významně dříve nebo významně později, než předpisují „sociální hodiny“ (např. narození prvního dítěte v adolescenci nebo po 40. roce věku), stávají se nenormativními a mohou narušit plynulý postup dalšího vývoje. K nenormativním událostem řadíme všechny nečekané, neplánované změny – např. úrazy, ztráta zaměstnání nebo výhra v loterii. Naopak normativní události v příslušném čase tvoří rytmus životního cyklu a jsou projevem pokračujícího vývoje. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

2 Psychologické aspekty období dospělosti

„V dospělosti dochází k postupné proměně rolí a k rozvoji různých sociálních dovedností. Socializační proces, který pokračuje i v této životní fázi, má individuálně specifický průběh. Je podmíněn dosavadními zkušenostmi, ale i změnou života mladých lidí. Dospělí lidé se stávají účastníky veškerého společenského dění, již dávno překročili hranice rodiny a jejich život se odehrává v mnoha sociálních skupinách a teritoriích. Vzhledem k tomu se zvyšují požadavky na jejich sociální orientaci a adaptaci, musí zvládnout mnohé sociální dovednosti a diferencovat, kdy je které třeba použít.“ (Vágnerová, 2007, s. 33)

V průběhu dospělosti plynule narůstá diferenciací emočních prožitků. V době mezi 20. a 40. rokem dojde v této oblasti k viditelnému rozvoji, který probíhá paralelně s vývojem kognitivních kompetencí, zvyšuje se komplexnost emočních reakcí a narůstá flexibilita způsobů vyrovnání s emočními zátěžemi. Dospělý člověk dokáže své emoce akceptovat a přijatelně je interpretovat, využívat je jako zdroj informace a koordinovat s racionálním hodnocením. Je schopen integrovat subjektivní pocity do obecných poznatkových struktur a obohacovat tak kognitivní složku o emoční aspekt. V jejich integraci a koordinaci selhává obvykle jen tehdy, když se ho situace významným způsobem dotýká, např. při řešení problémů v partnerských vztazích. Ukazuje se, že ani dospělý člověk svým citům nikdy zcela neporozumí a často není schopen pochopit jejich význam. Děje se tak zejména v intimních, převážně dost složitých vztazích. (Vágnerová, 2007)

Vývojové změny a postupné stárnutí představují kontinuální změny, jejichž rozčlenění je vždy do jisté míry libovolné. To platí dvojnásob pro dospělost, kde nenacházíme tak výrazné mezníky rozdělující jednotlivé vývojové etapy jako v dětství a v dospívání (snad s výjimkou menopauzy). Přesto je velký rozdíl v myšlení, sociálním chování a cítění mladého dospělého po 20. roce života, padesátiletého jedince a starého člověka, kterému je kolem 80 let. Rozdělení dospělého věku do určitých etap, které se nutně překrývají a nastupují rozdílně u jednotlivých lidí, je proto potřebné. V tomto textu dělíme věk dospělosti do čtyř etap. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

1. Časná dospělost (zhruba od 20 do 25-30 let) je přechodným obdobím mezi adolescencí a plnou dospělostí. Dospělost vymezujeme s přihlédnutím ke třem kritériím: k věku, dosažení určitého stupně osobní zralosti a převzetí určitých vývojových úkolů.
2. Střední dospělost (asi do 45 let) je obdobím plné výkonnosti a relativní stability.

3. Pozdní dospělost je dobou do začátku stáří (tj. asi do 60-65let).

Jiní autoři uvádějí většinou dělení podobné, i když věkové hranice bývají různě posunuty. Švancara se přiklání k následujícímu dělení: mladá dospělost (20 až 30-32 let), střední dospělost (30-32 až 46 – 48 let) a starší dospělost či presenium (do 60 – 65 let). Whitboutneová a Weinstocková ve svém souhrnném díle o vývoji v dospělém věku probírají výsledky sedmi studií pořízených různými autory na různých vzorcích populace s použitím odlišných metod (longitudinální, retrospektivní a příčné) a docházejí k závěru, že až překvapující je základní shoda v členění dospělého věku na časnou dospělost (zhruba 20- 30 let), střední dospělost – I. fáze (30-45 let), na jejímž konci vyčleňují autoři těchto studií zpravidla krizi středního věku („mid-life crisis“) (obvykle 42 – 45 let) a na střední dospělost – II.fáze (po 45 letech do stáří). Hlavní charakteristiky těchto etap bývají uváděny takto:

Časná dospělost: Identifikace s rolí dospělého, upevnění identity dospělého produktivní orientace, upřesnění osobních cílů. Hledání partnera, nezávislost na rodičích, zakládání vlastní rodiny. Předběžná volba povolání a postupné získávání odpovědnosti v profesi.

Střední dospělost (I. fáze): Další upevnění identity, vrchol produktivity a aktivního vyhledávání životních cílů, posílení odpovědnosti v rolích dospělého. Plná odpovědnost při výchově dětí. Posílení odpovědnosti a cíle v povolání jsou sledovány s jasným cílem, osamostatnění se od dřívějších „rádců“.

Krize středního věku: Zproblematizování vlastní identity, otázky po vlastní smrtelnosti, někdy nespokojenost se vztahem v manželství, myšlenky na blížící se odchod dětí z domova. Nespokojenost s výsledky dosaženými v povolání.

Střední dospělost (II. fáze): Nová integrace osobnosti. Příprava na odchod dětí z domova, nové potvrzení manželského vztahu. Vypětí v povolání před blížícím se odchodem na odpočinek a postupná redukce profesionální činnosti. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

3 Vývojové etapy dospělého člověka

3.1 Časná dospělost

„Člověk je zpravidla pokládán za zralého, když po dokončení dospívání přejímá plnou osobní a občanskou odpovědnost, začíná být ekonomicky nezávislý a navíc přispívá k rozmnožování obecných statků, rozvinul plně své osobní zájmy, ustavil legalizovaný vztah k životnímu partnerovi, přejal očekávané výchovné úkoly vůči svým potomkům a na druhé straně se přizpůsobuje svým stárnoucím rodičům.“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 169)

Časná dospělost je obdobím intimity a počátku generativity¹. Tato životní fáze obsahuje několik zásadních životních mezníků: dosažení stabilnějšího profesního postavení, uzavření manželství a zplození dětí. Kognitivní schopnosti se rozvíjejí v mnoha oblastech. V období časně dospělosti je dosaženo úrovně postformálního² myšlení. Rozvíjí se i praktická inteligence a metakognice³. Podle teorie socioemocionální selektivity dochází k harmonizaci racionálního emočního hodnocení. V časně dospělosti se stabilizuje emoční prožívání a zlepšuje se schopnost emoční regulace (Vágnerová, 2007)

Dle Farkové lze za člověka v časně dospělosti považovat osobu pro kterou platí většina následujících charakteristik (Farková, 2009):

1. Koná nějakou produktivní práci, jejíž smysl chápe, a která jej činí existenčně soběstačným, nebo se soustavně připravuje na budoucí povolání. Podává dobrý pracovní výkon bez zbytečných absencí.
2. Samostatně hospodaří, opatřuje a udržuje své věci.
3. Je schopen spolupracovat bez zbytečných konfliktů, poskytovat i přijímat radu a pomoc, podřizovat se vedení i sám vést méně zkušené; výrazně ubylo ostrých konfliktů s rodiči a sourozenci.

¹ Generativita označuje vlastnost, resp. Psychologické stádium vývoje osobnosti, kdy se těžiště zájmu daného jedince přesouvá mimo jeho osobu. Je to potřeba být potřebný či prospěšný.

² Postformální myšlení je schopnost a dovednost reálně, kontextuálně a komplexně definovat problémy a předvídat možné varianty jejich řešení.

³ Metakognice je poznávání toho, jak člověk poznává, jak se učí, sebereflexe jeho vlastních kognitivních stylů, metod, taktik a strategií jako východisko pro plánování a realizaci ještě efektivnějších kognitivních a autoregulačních postupů.

4. S nadřizenými v práci nebo při studiu vyřizuje své věci samostatně bez rozruchu, submisivity⁴ či zdůrazňování své nezávislosti.
5. Má realistické plány, které odpovídají zájmům a sklonům.
6. Bydlí sám, není-li to možné, pak má v bytě rodičů ohraničené „teritorium“ o které se sám stará a udržuje jej v přiměřeném pořádku.
7. Volný čas je schopen trávit sám. Má jednoho nebo více blízkých přátel, kteří stojí o jeho společnost. Rodiče má rád, váží si jich, ale má na ně málo času.
8. Je schopen se stýkat s příslušníky opačného pohlaví bez přílišných zábran a strachu, je s to poskytovat i přijímat lásku a něhu.
9. Cílevědomě rozšiřuje svou orientaci v prostředí, ve kterém žije a pracuje.
10. Aktivně se zajímá a pečuje o blaho rodiny, přátel i širšího společenství.

V období časně dospělosti jsou již všechny základní psychické funkce plně rozvinuty, ale ve vývoji osobnosti dosud probíhá stabilizace a integrace temperamentových a charakterových vlastností. Je to stádium vrcholné vitality, projevující impulsivitou, nadměrnou aktivitou a muži trpí silnou tendencí k sebeprosazování. Vysoká činorodost se však vždy nespojuje s pevnými cíli. Naopak, je to období hledání vlastního zaměření, při němž se střetávají vlastní síly a aspirace s reálnými možnostmi. Zatímco u ženy dochází v tomto období nejčastěji k plnému uspokojení mateřského instinktu, zejména může-li se dítěti plně věnovat, muž bývá daleko více zneklidňován ctižádostí po profesionálním úspěchu a vzestupu. U žen, zejména získají-li vyšší profesionální kvalifikaci, patří k nejzávažnějším úkolům tohoto stadia sladit povinnosti vyplývající z úlohy manželky a matky s požadavky vlastního povolání. (Kuric, 1986)

Různí lidé dosahují různé míry zralosti v různém čase a různým tempem. Přechod do dospělosti a převzetí dospělých rolí se neodehrává v jediném dni, ale zdá se, že dnes zabírá jedno celé dosti dlouhé životní období. Některými autory bývá toto období označováno i jako období „vynořující se“ či nastupující dospělosti („emergent adulthood“, Arnett, 2000). Toto období je odlišné jak od adolescence, tak od vlastní dospělosti – mladý člověk se již odpoutal ze závislosti typické pro dospívající, ale nepřebírá ještě plnou dlouhodobou odpovědnost dospělého věku. Současně jde o životní fázi, v níž si člověk musí osvojit velké množství

⁴ Poddajnost, povolnost, ústupnost, podřízení se cizí vůli

nových znalostí a praktických dovedností a je postaven před celou řadu zcela nových úkolů. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Cohen a jeho spolupracovníci (2003) ve studii 240 mladých lidí (ve věku mezi 17. a 27. rokem věku) potvrzují velkou individuální variabilitu cest k dospělosti. Celkově u sledovaných lidí s věkem narůstá míra samostatnosti i dospělé zodpovědnosti, ale postup rozhodně není plynulý a většina mladých lidí kolísá mezi kratšími fázemi a osamostatněním, následovanými obdobím znovu zvýšené závislosti. Obecně mladí lidé za známku dosažení dospělosti považují především převzetí plné odpovědnosti za svůj život, možnost samostatného rozhodování a dále rodičovství a získání finanční nezávislosti, ale o časné dosažení těchto mezníků většinou příliš neusilují. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

3.2 Střední dospělost

Mezi 25. a 30. rokem (ale mnohdy dříve i později) se většina lidí plně ujímá odpovědnosti za řízení svého vlastního života, věnuje se budování zvolené profesní kariéry a často i péči o vlastní zplozené děti. Toto životní období bývá popisováno jako fáze konsolidace, kdy jsou zvolené cíle vytrvale sledovány, vyžadují od člověka mnoho energie a sil, ale k větším změnám životní dráhy či přelomům po dlouhou dobu nedochází. Přesto i v tomto období se projevuje celá řada významných vývojových posunů. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 172)

Ve srovnání s časnou dospělostí je střední dospělost obdobím, které můžeme charakterizovat jako postupující stabilizaci. Projevy temperamentu nepřekračují tak často do afektivní oblasti. Po stránce charakterové je člověk v tomto období pevnější, zásadovější a spolehlivější. Životní a profesionální zaměření bývá poměrně ustálené. Muž má obvykle zajištěno plné uplatnění ve svém povolání a je lépe disponován prožívat všechny kladné hodnoty rodinného života. Ženy často zapomínají samy na sebe a žijí plně pro manžela a děti, popř. ještě pro svou práci a veřejnou činnost. Manželé už dobře vědí, co mohou jeden od druhého očekávat, jejich láska se v kladných případech stává pevnější. Někdy se výstižně říká, že prožívají vrcholné léto svého života. (Kuric, 1986)

Hlavním úkolem střední dospělosti je dosažení a udržení uspokojivé profesní pozice a stabilizace rodiny, tedy pozitivních vztahů s blízkými lidmi – partner, děti a rodiče. V tomto věku se záručí úsilí vynaložené na vzdělání v profesi a úsilí vynaložené na vztahy s lidmi

v rámci rodiny. Rodina, pokud je alespoň přijatelně uspokojující, slouží jako zdroj jistoty a bezpečí, umožňující jedinci usilovat o dosažení různých cílů mimo její rámec, především v profesi či obecněji, ve společnosti. Střední věk je nejen vrcholem zralosti, ale i obdobím nárůstu zodpovědnosti, jež v průběhu časně dospělosti postupně roste a ve středním věku vrcholí.(Vágnerová, 2007)

Střední věk je dobou protikladů, kdy na jedné straně je čtyřicátník na vrcholu svých životních sil a umí svých kompetencí využívat. Na druhé straně si alespoň občas začíná uvědomovat, že jeho další rozvoj je už hodně časově limitovaný a není tak vzdálená doba, kdy přijde první stagnace a nakonec i úbytek sil, ale zatím o něm příliš neuvažuje a nepřipouští si jej. Je na vrcholu své životní kariéry, se svým manželstvím a celým životem je v ideálním případě celkem spokojený, dosáhl úspěchu a relativního komfortu, je dostatečně sebejistý a sebevědomý (Čermáková, 1997)

Avšak v této věkové kategorii jsou i lidé, u nichž ztráty a pocity životní prohry převažují. Důvodem může být rozpad manželství nebo se jim v profesi nedaří tak, jak by si představovali. Střední věk může být naplněn bojem o dosažení důležitých cílů, které člověk zatím nedokázal získat. Může být dobou zvládání různých ztrát, které mohou působit jako výzva a stimulovat změny v adaptivních strategiích, takže nakonec mohou mít i pozitivní význam. Bilance, která není uspokojivá, může podporovat ochotu ke změně, ať už jde o neuspokojivou profesní pozici či partnerství. V tomto období dochází ke krizi středního věku (Vágnerová, 2007)

3.2.1 Krize středního věku

Počátek tohoto období se přibližně shoduje s dosažením středu života. S posunem délky dožití i v souvislosti s postupně stále větší snahou odkládat splnění základních úkolů dospělosti, se symbolicky posouvá i střed života, dříve umístěný mezi 35. a 45. rok. Toto období bývá považováno za vývojově významný mezník. Někteří autoři mluví dokonce o krizi středního věku, i když pro jeho označení by bylo vhodnější použití méně akcentovaného termínu. Napětí a nespokojenost, spojená s pocity prázdnoty a nesmyslnosti dosavadního směřování vlastního života, se ve středním věku objevuje relativně často. Souvisí s ním uvědomění určitého obratu života, resp. spíše změny postoje k životu, jehož další průběh, ani jeho limity, nelze příliš ovlivňovat. Pro střední dospělost je typický obrat v chápání vlastního

života a z toho vyplývající tendence k bilancování, směřujícímu ke změně nebo alespoň k lepšímu sebepoznání. (Vágnerová, 2007, s. 179)

Krise středního věku bývá chápána jako protest proti rutině, kdy mnozí čtyřicátníci se dostanou do situace, kdy stereotyp svého života budou posuzovat jako projev stagnace a odmítnou ho. Rádi by prožili ještě něco nového, co by mohlo sloužit jako impulz k jejich dalšímu rozvoji. Mohou pocítit potřebu autentického citového vztahu a může se jim zdát, že ani jejich potřeba seberealizace není dostatečným způsobem uspokojována. Pochopí, že nejsou se svým životem spokojeni a začnou uvažovat o změně. Uvědomují si, že pohodlí stereotypu zvyšuje riziko zbytečné osobní stagnace, kterou považují za předčasnou. Emoční hodnocení vlastního života je v tomto věku dost často ambivalentní a tato skutečnost se projeví i v bilancování, typickém pro střední věk. Jeho výsledkem je, že se pokusí najít novou, aktuálně přijatelnější alternativu. Motivace ke změně dosavadního životního stereotypu může být různě silná. Závisí mimo jiné na vzájemném poměru dvou protikladných potřeb: potřeby změny a potřeby jistoty, kterou uspokojuje stabilita a neměnnost. Z toho vyplývá i preference konkrétní alternativy řešení bilance středního věku: (Vágnerová, 2007)

Při první alternativě potřeba změny existuje, ale projevuje se jen na úrovni uvažování o různých, více či méně dostupných možnostech. Mohou ji signalizovat pocity nespokojenosti, ale k uskutečnění jakékoliv změny dojít nemusí. Člověk k ní nenajde dost odvahy ani energie a po určité době na ni rezignuje. Zachování současného stavu je pro něho jednodušší, a proto i přijatelnější. (Vágnerová, 2007)

U druhé alternativy je potřeba změny natolik intenzivní, že nakonec vede k nějakému jednání. Někdy může jít o zkratkovou reakci, která je jen formálním řešením tohoto problému. Navozená změna sice rozbíjí stereotyp, ale nová alternativa nemusí mít přijatelnou kvalitu. Může dojít k odstěhování se od rodiny nebo odchodu ze zaměstnání. Podobné neuvážené chování bez jasného cíle a smyslu lze interpretovat jako projev moratoria středního věku. Člověk volí provizorium, kterým se zbaví zátěže omezujících vazeb, a získá čas na nalezení přiměřenějšího řešení. Někteří lidé v této době experimentují a hledají alternativu, která by jim nejlépe vyhovovala. Eventuální experimentace s různými variantami probíhá leckdy jen na úrovni úvah, tedy symbolicky. Čtyřicátník je opatrnější a obává se rizika neúspěchu ve větší míře než mladý člověk. (Vágnerová, 2007)

Při další alternativě může potřeba změny stimulovat jednání, které přinese pozitivní změny. Zpravidla jde o promyšlené rozhodnutí, člověk je schopen uvážit důsledky různých

řešení a zároveň odstranit překážky svého dalšího rozvoje. Ideálním řešením je alternativa, která by vyhovovala skutečným potřebám, umožňovala autentický rozvoj osobnosti a přitom nikoho jiného nepoškozovala. (Vágnerová, 2007)

Negativní řešení obvykle souvisí s pocitem uzavření všech perspektiv a nemožnosti nalézt přijatelné východisko. Výsledné varianty mohou být různé, objevují se depresivní reakce a pocity marnosti dalšího úsilí. Takoví lidé už nejsou schopni aktivně usilovat o autentičtější životní styl, reagují spíš rezignací, tendencí k autodestrukci, mohou nastoupit depresivní stavy a může dojít až k sebevraždě. (Vágnerová, 2007)

3.3 Pozdní dospělost

Stárnutí je spojeno s vědomím, že začal proces postupného zhoršování vlastní tělesné i psychické kondice, různých kompetencí i sociálního postavení, a že jde o proces, který je neodvolatelný a nevratný. Starší člověk si uvědomuje, že jeho jistoty jsou velmi snadno ohrožitelné a že riziko ztráty možnosti užít si dosažené sociální pozice, získaných prostředků i citového zázemí není zanedbatelné. Věk 50 je považován za mezník, který s definitivní platností potvrzuje počátek stárnutí. Zvýšená únava, zhoršení některých funkcí a první viditelné změny tuto skutečnost potvrzují. Vedou ke zvýšení nejistoty a obav ze selhání, stimulují korekci sebehodnocení a postoje k sobě samému. Člověk se musí začít vyrovnávat s postupným úbytkem vlastních kompetencí a naučit se správně odhadovat svoje aktuální možnosti. To je samozřejmě obtížné, racionálně i emocionálně, a tak se dost často stává, že je takový odhad nepřesný. (Vágnerová, 2007, s. 229)

Snad nejlepší celková charakteristika této životní etapy je období bilancování, jsou hodnoceny výsledky dosavadního života – hledá se odpověď na otázky, zda to, čeho člověk dosud dosáhl, odpovídá očekávání, či nikoliv, a zdali dosavadní výsledky mohou být ještě dobudovány a završeny. Hodnotí se správná řešení i omyly v minulé volbě povolání, ve výběru životního partnera, ve výchově dětí, tedy v dosažení nejvýznamnějších cílů. Životní cíle si člověk klade už od dětství, zprvu jsou však jenom dílčí a krátkodobé a teprve dospívající si klade životní cíle, i když z počátku jen předběžné a rozkolísané, avšak klade je vědomě a globálně ve vztahu k celku života s přihlédnutím k minulosti a s perspektivou do budoucnosti. V časně dospělosti dostávají životní cíle konkrétní podobu a jsou skutečně

realizovány. Pozdní dospělost kriticky zkoumá, zda celý vývoj životních cílů byl správný, nebo ne. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Z hlediska průměrné délky života je člověk mezi 50 a 60 lety na konci třetí čtvrtiny svého života a zbývá mu jen poslední čtvrtina, která je anticipována jako méně uspokojivá, protože je spojena s úbytkem sil a zvýšenou četností chorobných změn. Tento fakt nutí 50leté lidi změnit názor na život a více si cenit všeho pozitivního. Lidé v tomto věku už příliš nestojí o změnu a nedělají si iluze. Rádi by si uchovali to, co je dobré, nebo alespoň přijatelné. Uvědomují si, že jakákoliv změna by jim s největší pravděpodobností nepřinesla nic pozitivního. Více se koncentrují na vlastní pocity, představy a obavy o budoucnost jsou intenzivnější, než byly dříve. Mění se vztah k příslušníkům různých generací a posiluje se pocit většího porozumění s lidmi stejného věku, s nimiž je spojují podobné zkušenosti a očekávání. Padesátiletý člověk uvažuje o své budoucnosti a zabývá se úvahami o dalším uspořádání vlastního života a řešení problémů, které by mohly v pozdějším věku být již nezvládnutelné. Mezi tyto problémy řadíme např. výměna bytu, vybavenost chaty apod. Stereotyp života už není většinou odmítán, někdy je dokonce považován za uspokojivý, ale vzhledem k očekávaným změnám, ke kterým patří např. odchod do důchodu je racionálně hodnocen jako dočasný a lidé se jej tudíž ani nesnaží změnit. (Vágnerová, 2007)

Zvládnutí prvních signálů biologického stárnutí a přizpůsobení svého životního tempa aktuálním možnostem či případná redukce některých osobních cílů je hlavním úkolem starší dospělosti. Uvědomění snížené výkonnosti a nižší odolnost ke kumulaci různých nároků či dokonce i k běžným stresům člověka upozorňuje, že je potřeba změnit postoj k vlastnímu životu. Období starší dospělosti je obdobím, kdy člověk ztrácí možnost seberealizace, které byly typické pro mladší, resp. střední dospělost. Nové rodičovství je možné jen u mužů a i v jejich případě je považováno za nestandardní. Okolo 60. roku života lidé uzavírají svou profesní kariéru, jejíž naplnění je definitivně dáno a nelze je zásadním způsobem změnit. (Vágnerová, 2007)

Pozdní dospělost přináší také řadu tělesných změn, mezi které patří i menopauza. Menopauza může být chápána jako ztráta či znehodnocení ženské role, pro niž je typická plodnost a erotická přitažlivost. Jakmile žena tyto kompetence ztrácí, může si připadat bezmocná a méněcenná. Přijatelně uspokojující prožití partnerské a rodičovské role usnadňuje přechod do další životní fáze, to znamená i akceptaci různých projevů stárnutí. Reakce na vývojově podmíněnou hormonální změnu je individuálně specifická, to znamená, že může být

velmi rozmanitá. V oblasti psychiky jde obvykle jen o dočasné výkyvy v prožívání a chování, které se postupně stabilizují. Ženy nejčastěji trpí zvýšenou úzkostností, podrážděností, depresemi, pocity vyhaslosti a ztráty elánu. Hormonálně podmíněné mohou být i problémy v koncentraci pozornosti a z nich vyplývající paměťové potíže. Jakmile žena projde menopauzou, začínají se v její psychice více uplatňovat vlastnosti, které jsou považovány spíše za maskulinní, např. dominance, ráznost a racionalita. Důvodem je fakt, že už nemá smysl ulpívat na ženské roli jako jediném prostředku seberealizace (Vágnerová, 2007)

4 Feminita

V této diplomové práci se zabýváme depresí u žen. Charakteristika ženskosti je proto nezbytnou součástí této práce, protože dle Praška (2003) je výskyt depresivního onemocnění u žen je až dvakrát častější než u mužů.

Ve vymezení ženskosti se mísí tradiční charakteristiky s nově se rozvíjejícími rysy, nezbytnými pro zvládnutí současných požadavků. Více se zde projevuje harmonizace obou, občas dost těžko slučitelných způsobů seberealizace tj. aktuální ženská dvojrole. Tradice preferuje, aby žena byla submisivní, ohleduplná, ochotná ustoupit, podřídit se a přizpůsobit se společenskému očekávání i potřebám jiných lidí, přestože v současné době ubývá žen, které by byly ochotné se podřizovat ve všem. V některých oblastech především v partnerských vztazích, se ale tradiční postoje i nadále udržují. Negativním extrémem uvedeného aspektu ženskosti je nadměrná závislost, slabost a demonstrována bezmocnost, která už není tak příjemná a bývá leckdy využívána k manipulaci s partnerem či dalšími lidmi. Ženy nejsou ve skutečnosti výrazně méně agresivní než muži, zejména pokud jde o verbální agresi, citové vydírání a různé formy psychického nátlaku, či projevy zlosti. Vzhledem k tomu, že společnost je k ženské agresi mnohem méně tolerantní než k projevům agrese u mužů, ženy se ji naučily projevovat skrytějším způsobem. (Vágnerová, 2007)

Racionalita⁵ není považována za typický ženský způsob chování. Ženy však nereagují jen emocionálně, i když v ženském chápání různých situací je zřejmá větší konkretizace problému a vázanost na aktuální kontext. Vzdělanější ženy umí uvažovat logicky a mnohdy dovedou velmi dobře skloubit jak emoční, tak racionální přístup. (Vágnerová, 2007)

Ženy jsou oproti mužům emotivnější, citově vřelejší, své emoce intenzivněji prožívají a dovedou je rovněž lépe vyjádřit a projevit navenek. Důvodem může být i tradiční genderová diferenciacie, která citové projevy u žen připouští, zatímco u mužů ne. Ženy více prožívají zejména některé emoce, jako jsou pocity štěstí, zklamání apod. Ženská citlivost má i své negativní stránky, může být vyhrocena do náládovosti, přecitlivělosti a citové zranitelnosti. Větší citlivost se může projevovat tendencí chápat jakékoli výhrady či kritiku spíš jako odmítnutí než jako způsob hodnocení konkrétního projevu. (Vágnerová, 2007)

⁵ Racionalita (z lat. Ratio = rozum) je rozumový přístup k řešení problémů

Pro ženy je typický větší důraz na uspokojivé mezilidské vztahy, ať už jde o soukromí či pracovní prostředí. Mají silnější potřebu milovat a být milovány a tudíž i větší tendenci k vytváření mnoha různých vztahů. Ženy hluboce prožívají problémy ostatních. Snaží se jim poskytnout emoční oporu i faktickou pomoc a totéž očekávají od mužů. Jejich pečovatelský vztah ke konkrétním lidem, k rodině i k sociální skupině, jejíž jsou součástí, je považován za samozřejmý. (Vágnerová, 2007)

Ženy jsou sociálně citlivější, což se projevuje i jejich větší ovlivnitelností názory jiných lidí, více reagují na jakoukoli sociální odezvu. Jsou však schopné, když to považují za nutné, s ostatními lidmi manipulovat. Ženy si udržují menší fyzický odstup, mají bohatší mimiku, častěji se na svůj protějšek usmívají, udržují oční kontakt, což působí jako povzbuzení ochoty komunikovat, popřípadě se svěřit a otevřít. Ženy jsou ochotnější naslouchat, což lze chápat jako další projev větší citlivosti k lidem, ale může jít i o projekci jejich vlastní potřeby svěřovat se a hledat porozumění. (Vágnerová, 2007)

Ženy se více obávají opuštěnosti či neosobních situací spojených s nutností soupeření a značnými požadavky na výkon. Jsou v zátěžové situaci otevřenější, hledají spíše pomoc a účast než praktické řešení, a i když umějí být agresivní, uzavírají se jen málokdy. (Vágnerová, 2007)

S ženstvím je spojen spíše důraz na celkový vzhled, na štíhlost, atraktivitu a upravenost, která by potvrzovala jejich ženské kvality a činila je pro muže přitažlivými. Ženy si své tělesné atraktivitu cení většinou víc než muži. Rozdílná očekávání se projevují i ve vztahu k sexuálnímu chování. Tradiční model ženské sexuality spojoval sexuální uspokojení s emočním vztahem, ale ukazuje se, že vždycky tomu tak být nemusí. Mnohé ženy jsou schopné akceptovat sex bez vztahu. (Vágnerová, 2007)

Ženy jsou až dvakrát náchylnější k depresivnímu onemocnění než muži. Jedním z hlavních příčin tohoto jevu je jejich hormonální vybavení, tedy hladina pohlavních hormonů estrogeneru a progesteronu.⁶ U žen jsou hladiny těchto hormonů vyšší a mění se během menstruačního cyklu, za těhotenství, s porodem a menopauzou. Prášky, které obsahují pohlavní hormony, mohou rovněž být příčinou depresí. U žen je větší riziko vzniku deprese

⁶ <http://deprese.blogger.cz/Deprese/Jakymi-depresemi-trpi-zeny?km=c>

ve chvílích změn nejen hormonálních, ale i životních. Zajímavým faktem je, že pokusů o sebevraždu je také více u žen než u mužů, ale dokonaných sebevražd je daleko více u mužů.⁷

⁷ <http://www.ordinace.cz/clanek/profesor-jiri-raboch-depresi-trpi-vic-zeny-umira-kvuli-ni-vic-muzu/>

5 Charakteristika deprese⁸

Poklesy nálady a smutek patří k životu. Kolísání nálady můžeme zažívat denně. Při radosti máme velmi příjemný pocit, všechno se nám jeví jako příjemné, hezké a jsme spokojeni. Opakem radosti je smutek. Je to běžná reakce na nepříznivou událost, která znamená ztrátu, zklamání, zmaření naděje, křivdu nebo nevděk. Smutkem reagujeme na ztrátu, zvláště pokud je nevratná. Ztráta člověka, kterého milujeme, vede přirozeně k hlubokému smutku. Smutek obvykle trvá měsíce, ale člověk je zpravidla schopen chodit do práce a zastávat svoji roli v rodině. V tomto případě nemluvíme o depresi. Mezi smutkem normálním a tím, když už je příznakem nemoci, je plynulý přechod. Deprese může navazovat na smutek ze ztráty – pak ovšem člověka ochromí a jeho fungování je výrazně oslabeno. Smutek je více o tom druhém, kterého jsme ztratili, deprese je více o nás, o tom, že nejsme schopni se s tím vyrovnat. (Praško, 2003)

Praško uvádí, že deprese je nemoc podobná jiným nemocím, jako je např. vysoký krevní tlak, žaludeční vředy nebo cukrovka. Není to jen špatná nálada, ale nemoc celého organismu. Deprese není nedostatek vůle nebo sebekázně. Deprese není pouze reakce na nepříznivé události v životě, i když často na ně navazuje. Deprese je u většiny lidí léčitelné onemocnění, avšak pokud není deprese léčena, vede k izolaci, ztrátě výkonnosti, ztrátě radosti v životě a výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav člověka a snižuje obranyschopnost organismu. (Praško, 2003)

Podle Vágnerové, nejsou vnější vlivy pro depresivní poruchu příliš významné, depresí postižený člověk často nedovede obvyklým způsobem emocionálně reagovat na podněty, které běžně reakci vyvolávají. Je k nim podivně a nepochopitelně lhostejný. V. Vondráček (1982) uvádí jako příklad lhostejnost melancholiků k bombardování za druhé světové války. Deprese má také vliv na vztahy k blízkým lidem. Jako příklad lze uvést případ depresivního pacienta, jemuž v době hospitalizace na psychiatrii zatkli syna pro domnělou protistátní činnost. Pacient na takové sdělení nijak nereagoval a dál se zabýval jen svými vlastními myšlenkami.

⁸ Slovo deprese je latinského původu. Význam slovesné formy slova deprese v současné době vyjadřuje: stisknout, stlačit, snížit (např. výkon, míru energie, intenzitu určité snahy, náladu atp.). Znamená to i sklíčit, stísnit, deprimovat, oslabit (např. aktivitu, fyzickou – tělesnou sílu). Deprese sama pak znamená: pokles, stísněnost, sklíčenost, krize, stagnace atp. (Křivohlavý, 2003, s. 22)

Depresivní pacienti mají svůj svět, který je pro ně důležitější než cokoli jiného a z něhož vyplývá i jejich vztah k vnějšmu dění. (Vágnerová, 2000, s. 192)

„Depresí postižený jedinec ztrácí schopnost prožívat radost, je úzkostný a pesimistický. Jeho ladění vede k zobecnění negativního způsobu hodnocení čehokoli. Člověk se stává pesimistou, a to bez ohledu na reálnou kvalitu posuzované situace a ztrácí zájem o všechno, nic ho nedokáže upoutat. Deprese ruší hodnoty a potřeby. Vše, co dříve dávalo životu smysl, už neplatí a nemůže poskytovat žádnou oporu. Nemocný si neumí vysvětlit, co se s ním děje, proč je najednou takový. V jeho životě většinou není dostatek důvodů pro tak zásadní změnu prožívání, protože určité problémy má každý člověk.“ (Vágnerová, 2000, s. 193)

Nemocný mívá pocity méněcennosti a neschopnosti a jeho sebehodnocení je významně zhoršeno. Trpí autoakuzacemi⁹ a pocity viny. V tomto případě bývá agresivita obrácena na sebe. Jiným projevem deprese je hypochondrizace¹⁰, která se týká pesimistického hodnocení stavu vlastního těla a jeho funkcí. Začátek onemocnění není příliš časově ohraničený, spadá obvykle do rozmezí mezi dvacátým až čtyřicátým rokem, někdy bývá uváděn průměrný věk nemocných 40 let. Vyskytuje se přibližně u 1-3% populace, častěji postihuje ženy. (Vágnerová, 2000)

Deprese je nemoc, nikoliv lenost, nedostatek vůle nebo slabošství. Je to nemoc, která vede k vážnému životnímu utrpení. Zasahuje jak toho, kdo jí onemocněl, tak i celou jeho rodinu a blízké. V současnosti jsou však dostupné velmi účinné možnosti léčby. Mnoho lidí trpících depresí však nehledá pomoc. Ve většině případů si ani neuvědomují, že jsou depresivní, nebo to vědí, ale stydí se to přiznat, a doufají, že depresi nějak překonají sami nebo nevěří, že existuje účinná léčba a nutí se překonat depresi silou vůle, což není možné. Bojí se přiznat depresi, protože mají pocit, že je to stejné jako přiznat selhání nebo slabost. (Praško, 2003)

Klinicky významná deprese se objeví alespoň jednou za život u každého pátého člověka. Klinickou depresí onemocní každý rok 5% obyvatelstva. Výskyt deprese u žen je dvakrát častější než u mužů. Vrchol výskytu deprese je pro obě pohlaví v období od 25 do 44 let. Častá je též u žen v období klimakteria, dále ve stáří, kde často navazuje na smutek po ovdovění nebo na odchod do důchodu. S vysokým rizikem deprese je u žen spojeno šestinedělí a mateřská dovolená, kdy žena tráví dlouhý čas v relativní izolaci. Dalším

⁹ Sebeobviňování

¹⁰ Sklon zveličovat nebo si vsugerovat neexistující nemoc

rizikovým faktorem je chudoba, samota nebo příslušnost k minoritě. S vyšším rizikem deprese se pojí ta období života, kdy dochází k zásadním změnám, jako je puberta, narození dítěte, menopauza nebo odchod do důchodu. Jsou to období, které jsou do určité míry spojena se ztrátou. Deprese se nevyhýbá nikomu, žádnému věku, povolání, rase či inteligenci. (Praško, 2003)

5.1 *Symptomy deprese*

Depresivní syndrom se projevuje souhrnně v tzv. depresivní symptomatické triádě, kterou tvoří snížená dynamogenie¹¹, zpomalené myšlení, velký smutek. Jednotlivé příznaky depresivního syndromu lze rozdělit na psychické a behaviorální (Vágnerová, 2000).

Základním příznakem deprese je smutná nálada. Intenzita může být pouze na subjektivní úrovni (lehká depresivní epizoda) nebo zřejmá objektivně, u těžké depresivní epizody na první pohled. Nálada u deprese bývá popisována jako zoufalá, pesimistická, s pocity beznaděje a bezvýchodnosti. Svět je prožíván jako odstíny šedé a černé. Ke dvěma dalším klíčovým symptomům patří ztráta zájmu a prožitku radosti a pokles energie a zvýšená únavnost. Snížení energie a únavnost vedou ke snížení pracovního a školního výkonu. Nemocný není schopen dokončit začatou věc, není schopen se pustit do něčeho nového. K dalším symptomům patří ztráta sebedůvěry, výčitky a pocity viny, úvahy o sebevraždě, nesoustředivost, nerozhodnost, váhavost, změna psychomotorické aktivity (zpomalenost), změna chuti k jídlu. Ze somatických příznaků jsou nejčastější poruchy spánku s typickým ranním nedospáváním, snížená chuť k jídlu s úbytkem hmotnosti. K somatickému syndromu dále patří ranní pesima, snížení libida, nedostatek emoční reaktivity a objektivní důkazy psychomotorické retardace či agitovanosti¹². (Zvolský, 2001)

Mezi kognitivní příznaky patří ruminace¹³, hypochondrické a suicidální myšlenky. Mentální pochody jsou zpomaleny. Obsahem depresivních bludů jsou pocity viny, bída, zájem o vlastní tělo a perzekuční bludy. Další projevy deprese jsou: velký smutek, stísněnost, plačtivost, pesimismus, nemožnost koncentrace na cokoli, co se netýká smutku, záporný poměr k životu a beznaděj, úzkost, snížení zájmu. (Zvolský, 2001)

¹¹ Schopnost vyvíjet energii, činnost

¹² Neklid, silné rozrušení, provázené často zvýšenou pohybovou aktivitou bez jasného cíle

¹³ Postižený neustále řeší jeden jediný problém a není schopen myslet na nic jiného

Praško uvádí, že behaviorální projevy deprese jsou, že lidé jsou méně aktivní, bez iniciativy a rezignovaní. Překážky jsou pro ně nepřekonatelné. I sebemenší rozhodnutí je obtížné. To se projevuje navenek v chování. Soustředění na aktivitu je zhoršené, pozornost je odváděna depresivními myšlenkami. Pociťují nadměrnou únavu a tíži – proto často nemají chuť činnost ani začít. Vykonávají jen ty nejnnutnější činnosti. Depresivní chování zahrnuje celou řadu projevů: pláč, nerozhodnost, odkládání činností, celkovou zpomalenost při nedostatku energie, nesoustředěnost a roztěkanost, netrpělivost, uzavírání se do sebe, vyhýbání se kontaktům, pasivitu, monotónní depresivní řeči, naříkavost, sebelítost, neustálé stěžování si na příznaky a sebevražedné pokusy. Toto chování je reakce na depresi a sám depresivní mívá následně pocity viny a vzteku na sebe za své chování, což vede k dalšímu stupňování deprese. (Praško, 2003)

Depresivní ladění velmi silně ovlivňuje veškeré prožívání, uvažování i chování nemocného. Vede k poruchám psychické regulace, k útlumu potřeb i volní aktivity, ztrácí schopnost prožívat radost, je úzkostní a pesimistický. Sebehodnocení je významně zhoršeno. Nepříznivé a pesimistické je i hodnocení okolního světa. Depresivní pacient vidí zveličeně všechny jeho nedostatky. Na druhé straně si alespoň občas uvědomuje, že přijatelný svět existuje, ale že není určen pro něho, nýbrž jen pro druhé lidi. Tuto skutečnost prožívá jako další zdroj autoakuzace a výčitek: je špatný, neschopný a nic dobrého si stejně nezaslouží. Negativní postoj nezahrnuje jen přítomnost, ale i minulost a vztah k budoucnosti. Nemocný má pocit, že nikdy nic nedokáže, nic dobrého ho nepotká. Depresi lze posuzovat i jako postižení, negaci smyslu života nemocného jedince. (Vágnerová, 2000)

Svoboda, Češková a Kučerová (2006) dále uvádějí, že k základním příznakům depresivní poruchy patří: depresivní nálada abnormní vzhledem k jedinci, která trvá déle než dva týdny, poruchy chuti k jídlu, nejčastěji nechutenství s odpovídající váhovou odezvou, ztráta libida a poruchy spánku charakterizované probouzením se v nočních hodinách po několika hodinách spánku. Běžně se vyskytují somatické potíže: bolesti na hrudi, bolesti hlavy, bolesti v zádech, závratě. Tyto somatické projevy mají často za následek hypochondrické chování. Deprese bývá provázena příznaky úzkosti – pocitem vnitřního napětí a hrozícího nebezpečí, obavami o výsledek běžných a nedůležitých životních aktivit, záchvaty pocení, dušnosti a hyperventilace. U pacientů se opakovaně nákladně a dlouhodobě pátrá po organické příčině potíží – převážně s negativními výsledky. Pokud lékař na možnost deprese

nemyslí, nepozná ji. Nemocní si často stěžují na únavu a ztrátu energie, vágní somatické příznaky.

Depresivní nálada se odráží i v celkovém vzhledu a chování nemocného. Je viditelná v jeho mimice, pantomimice i v ostatních motorických projevech. Depresivní pacienti mají typický výraz beznaděje v obličeji, ochablé držení těla. Jejich pohyb je pomalý a někdy neprojevují vůbec žádnou aktivitu, jen nepřítomně sedí a odmítají cokoli dělat. Z jejich hlediska je však tento postoj logický, protože nic nemá smysl a nic je stejně nemůže potěšit. Zvýšená úzkost může vyvolat neklid, s tendencí k nadměrné aktivitě, která je zaměřena na odstranění úzkosti. Úzkost spojená s depresí může vést až k panice, jež bývá agresivně nebo autoagresivně zaměřena. (Vágnerová, 2000, s. 194)

5.2 Přehled depresivních syndromů

Na základě převažujících symptomů rozeznáváme následující druhy depresivních syndromů. (Miňhová, 2006)

Depresivní syndrom simplexní, při němž převažuje velký smutek a snížená dynamogenie. Nebezpečí suicidálního chování je značné, neboť trýzeň života je tak velká, že sebevražda je jediným vysvobozením.

Dalším druhem je depresivní syndrom anxiózní¹⁴, jehož převažujícími symptomy jsou strach, fobie a úzkost. Úzkost může být promítána do určitého tělesného orgánu („fokalizace“). Dle Plzáka (1967) predilekčními místy fokalizace úzkosti jsou: hrdlo – hrdelní úzkost, hrudník – hrudní, prekordiální tíseň, epigastrium – epigastrická úzkost, břicho – abdominální úzkost, genitál – genitální úzkost. Navíc existuje generalizovaně fokalizovaná úzkost do oblasti celého těla. Intenzitu anxiety lze rovněž kvantifikovat podobným způsobem jako depresivní náladu: 1. stupeň – kompenzovaná anxiety, nemocný je schopen ji zvládnout, je ještě schopen zacílené činnosti. 2. stupeň – počínající dekompenzace, nemocný počíná v činnosti selhávat. 3. stupeň - totální dekompenzace (panická úzkost s panickou dezintegrovaností osobnosti), nemocný je buď v trýznivé pasivitě, nebo vybuchuje v anxiózních raptech.

¹⁴ Anxiety - úzkost

Depresivní syndrom agitovaný, při němž je úzkost vystupňována až v agitované chování, jehož vyvrcholením může být raptus (pacient křičí, padá na zem, je agresivní k sociálnímu okolí).

Plzák (1967) uvádí, že delirantní projevy mají povahu kombinovaných halucinací, většinou zrakových a sluchových, jež nemocný téměř beze zbytku zaměňuje za skutečnost. Globální obsah delirantních fenoménů je úděsný, hrůzný. Trvání delirantního syndromu je krátké, má dramatický afektivní doprovod. Vzácně vzniká tento syndrom zcela samostatně, většinou se rozvíjí z klasického depresivního syndromu. Signálem ohlašujícím nástup tohoto závažného syndromu jsou zrakové halucinace při zavřených očích (private cinema phenomenon).

Depresivní syndrom stuporózní, projevující se totálním útlumem tělesných i duševních funkcí, může mít podobu úplné nehybnosti, strnulosti, odmítáním jídla, neudržováním tělesné čistoty. Plzák (1967) dále uvádí, že depresivní syndrom stuporózní je vyvrcholením určitého procesu – buď v rámci endogenní deprese, nebo je formou reakce na tragickou událost. Ke stuporu mají tendenci lidé dobromyslní, poddajní, s malou fantazií, nepolemizující. Lidé nezdědka vybuchují z melancholického stuporu do melancholického raptu. V melancholickém stuporu leží nemocný ve strulé nehybnosti, často i v nepřírozených polohách, nereaguje na žádné podněty, je mutistický, oči má často otevřené a reakce zornic normální.

Depresivní syndrom vegetativní, jedná se o vegetativní ekvivalent deprese, tzv. larvovaná deprese (psychické příznaky jsou nahrazeny žaludečními, kardiovaskulárními či urogenitálními příznaky). Plzák (1967) dodává, že o vegetativně depresivním syndromu hovoříme až tenkrát, jestliže nemocný je sám vlivem jejich subjektivní tíživosti nadřazuje depresivní náladě. Známe případy, kdy depresivní nálada vysloveně ustupuje do pozadí, a to nejen v okruhu endogenních¹⁵, ale i psychogenních depresí.

5.3 Dělení depresivních poruch podle kritérií

Miňhová (2006) dělí depresivní poruchy podle následujících kritérií: podle determinujícího faktoru, což mohou být endogenní deprese (vzniklé na základě vnitřních faktorů či bez zjevných příčin) nebo exogenní deprese (vzniklé na základě psychosociálních faktorů). Dále dělíme deprese podle základu depresivního ladění na psychotické deprese (na

¹⁵ Endogenní – vnitřní, mající vnitřní příčinu

bázi maniodepresivní psychózy) nebo neurotické deprese (na bázi neurotické poruchy). Deprese se také dělí podle průběhu na unipolární deprese a bipolární deprese. Miňhová dělí deprese dále podle etiologického faktoru na reaktivní deprese (jako reakce na stresovou, psychogenní situaci), endogenní deprese (bez zjevného důvodu) a symptomatická deprese (deprese, která doprovází tělesná onemocnění či posttraumatické stavy). Mezi deprese, které jsou vyvolané generačními faktory, patří menstruační deprese (projevuje se subdepresivními rozladami, někdy se tyto pocity projevují u některých disociovaných žen při menstruaci, někdy před ní, pak hovoříme o premenstruační tenzi), poporodní deprese (bývají velmi intenzivní a někdy dosahují až psychotické úrovně) a klimakterická deprese (může se vyskytovat v jakékoliv podobě a intenzitě). (Miňhová, 2006, s. 88)

Deprese se dále dělí podle intenzity na mírnou depresi, středně těžkou depresi, těžkou depresi a nejzávažnější typ deprese je melancholie. Toto dělení vychází z dělení dle Praška (2003)

Při mírné depresi, je postižený schopen chodit do zaměstnání a vykonávat každodenní činnosti, jen mu všechno jde hůře a pomaleji, věci ho přestávají těšit, vyhýbá se přátelům a uzavírá se do sebe. Mírná deprese se léčí zpravidla ambulantně a postižený může chodit do zaměstnání.

Při středně těžké depresi už nemocný zpravidla není schopen pracovat a i domácí činnosti jdou těžce. Většinu času je postižený nešťastný, zpomalený nebo nadměrně napjatý, nedokáže se už soustředit, ztrácí zájem o sex a izoluje se od lidí. Cítí nedostatek energie a zpravidla se za vše obviňuje. Léčba probíhá v pracovní neschopnosti, vhodná je docházka do denního sanatoria, v případě sebevražedných myšlenek je vhodná hospitalizace.

Při těžké depresi už postižený není schopen starat se ani sám o sebe. Většinu času tráví v posteli a zabývá se sebevýčitkami. Je buď výrazně zpomalený v pohybech, mluvě i myšlení, nebo naopak výrazně agitovaný, plný neklidu. Porucha nálady je hluboká, téměř neovlivnitelná vnějšími impulzy. Praktickou činnost již pacient nevykonává, nemá na ni energii a ztratil pocit smysluplnosti jakékoliv aktivity. Pacient s těžkou depresí často myslí na sebevraždu, ale tyto myšlenky se objevují i při mírné nebo střední depresi. Léčba těžké deprese probíhá vždy v rámci hospitalizace.

Melancholie je nejzávažnější formou těžké deprese. Celý den postiženého je zahalen hluboce smutkem, úplnou beznadějí, zoufalstvím. V některých případech se k tomu přidává nevýslovná úzkost nebo strach. Utrpení je tak obrovské, že postižený je často přesvědčen, že

jedině smrt ho může vykoupit. Při prohloubení do vzácnějšího psychotické varianty se objevují bludy (nevývratná nepravdivá přesvědčení), většinou mikromanické („jsem největší hříšník na světě, zavinil jsem válku ve světě, nemám právo na jídlo, ani moje rodina ne“), hypochondrické („nemám plíce, žaludek mám popálený kyselinou zkameněla mi játra, jsem umrzlý apod.“), někdy vztahovačné („lékaři jsou proti mně, dávají mi jedy místo léků, aby mě potrestali, za trest mě budou nutit, abych pitval mrtvoly“). Podle Vondráčka, lidé trpící melancholií sehráli svoji úlohu v historii lidstva. Mnohé čarodějnice, které se přiznaly ke styku s ďáblem ještě před mučením, byly asi melancholické, podobně jako někteří velcí kajícíci a kajícnice.

5.4 Typy deprese

Podobně jako jiné nemoci, i depresivní porucha se může objevit v různých formách. V této diplomové práci dělíme typy deprese podle Praška (2003)

a) Depresivní epizoda

Depresivní epizoda se projevuje depresivní náladou, depresivním myšlením, snížením aktivity a tělesnými příznaky, výrazně postihuje schopnost pracovat, spát, jíst a těšit se z příjemných činností. Depresivní epizody se mohou objevit v životě jednou nebo opakovaně. Rozvoji depresivní epizody může předcházet stresující životní období nebo životní událost, může se však také objevit bez zjevné vnější příčiny. U žen se depresivní epizoda objevuje dvakrát častěji než u mužů. Hlavní příznaky depresivní epizody jsou: depresivní nálada, ztráta radosti či zájmu o většinu, popřípadě všechny aktivity. Aby se dalo hovořit o depresivní epizodě, musí se u postiženého objevit nejméně čtyři z následujících druhotných (sekundárních) příznaků: poruchy chuti k jídlu nebo změny hmotnosti, poruchy spánku, neklid a agitace nebo tělesné zpomalení, ztráta energie, pocity bezcennosti nebo viny, neschopnost soustředit se nebo činit rozhodnutí, pomýšlení na smrt nebo sebevraždu.

b) Rekurentní depresivní porucha

Rekurentní depresivní porucha je charakterizována opakovanými epizodami deprese bez samostatných epizod mánie, ale mohou se vyskytnout krátké epizody hypomanie, veselé nálady a zvýšené aktivity, které následují bezprostředně po depresivní epizodě. První epizoda se obvykle objevuje později než u bipolární poruchy. Jednotlivé fáze trvají od 3 do 12 měsíců

(průměrně 6 měsíců). Uzdravení mezi fázemi je většinou úplné, může se však u menší části lidí postižených rekurentní depresivní poruchou rozvinout trvalá deprese (zvláště u starších lidí). Jednotlivé epizody mohou být spouštěny stresovými životními událostmi. Výskyt je dvakrát častější u žen než u mužů. Pře rekurentní depresivní poruše jsou účinná antidepresiva. Vzhledem k tendenci k opakování je vhodné dlouhodobé, často celoživotní užívání.

c) Dystymie

Méně závažným typem deprese je dystymie. Příznaky dystymie však trvají většinou dlouhou dobu, často roky. Obvykle začíná pozvolně, plíživě. Před začátkem rozvoje je postižený často vystaven většímu stresu nebo životní události. Obvykle začíná v rané dospělosti a trvá několik roků, někdy celý život. Když začne později, je často následkem mírné depresivní fáze a souvisí se zármutkem a stresem. Jednou z hlavních charakteristik této poruchy je neschopnost „cítit skutečnou radost“, nedostatek energie potřebné, rezignace na vyhledávání a prožívání příjemných aktivit (sex, humor, společenské radosti) Příznaky dystymie trvají většinou dlouho dobu, často léta. Dystymie nečiní člověka neschopným natolik jako depresivní porucha, její vliv je však dlouhodobý.

d) Bipolární (maniodepresivní) porucha

Bipolární porucha (maniodepresivní) je méně častá než jiné formy poruch nálady. Objevuje se asi u 10% lidí trpících depresí. Onemocní jí 1-2 lidé ze sta. U této poruchy se objevují cykly deprese i mánie nebo povznesené nálady. V depresivní fázi jsou přítomny příznaky velké depresivní poruchy, v manické fázi příznaky mánie. Někdy dochází ke zvratu v náladě náhle a velmi rychle (např. přes noc), ale častěji jsou přechody postupné. Během manické epizody má postižený povznesenou náladu, většinou subjektivní pocit zvýšené výkonnosti, nepotřebuje spát, bývá mnohmluvný, lehkomyšlný, může dělat ostudu. Mívá tendenci se chlubit, chce realizovat spousty nesmyslných nápadů, většinou však nic nedokončí, přechází z jedné aktivity na druhou. Rád utrácí peníze za nedůležité věci. Pokud mu někdo odporuje, je agresivní. Mánie zasahuje myšlení, rozhodování, chování a náladu způsobem, který vede k vážným problémům a někdy ostudám. Nemocnému to však v dané chvíli nevádí, naopak je velmi spokojený. Může se jednat o utrácení peněz, ukvapená pracovní a společenská rozhodnutí, sexuální dobrodružství apod.

V případě depresivní fáze převažuje smutná nálada, pocity bezmoci a beznaděje, které brání přirozenému životu a řešení každodenních problémů. Vede k pocitům bezmoci, ztrátě

radostného prožívání, energie i vůle. Depresivní lidé se obviňují, cítí se nedůležití a velmi často přemýšlejí o sebevraždě, která je rovněž největším rizikem této poruchy.

Trvání obou fází, jak manické, tak depresivní, je bez léčby řadu týdnů až měsíců. Při léčbě odezní daleko rychleji. V mezidobí mezi jednotlivými fázemi je člověk zpravidla zcela bez potíží a fáze většinou nezanechávají žádný negativní následek. Fáze se objevují v různé frekvenci, od několika za život až po pravidelné cyklování např. dvakrát do roka. Individuální je rovněž poměr mezi počtem depresivní a manických fází.

e) Sezonní afektivní porucha

Dalším typem poruchy je sezonní afektivní porucha. Někteří lidé trpí depresivními náladami s úbytkem energie, zhoršením výkonnosti a nadměrnou únavností pravidelně každý rok v podzimních a zimních měsících. Tyto sezonní poruchy nálady se též nazývají „zimní deprese“ často bývají spojeny s nadměrnou chutí na uhlohydráty, s přibíráním na váze a s nadměrnou spavostí. Začátek potíží bývá nejčastěji na počátku zimy a vymizí obvykle na jaře. Sezonní afektivní porucha se velmi účinně léčí fototerapií – aplikací jasného intenzivního světla (více než 2000 luxů) v ranních hodinách. Svými příznaky trochu připomíná zimní spánek některých savců, např. medvědů.

f) Reaktivní porucha nálady (reaktivní deprese)

Reaktivní deprese je přímým následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumata. Zátěžová událost nebo trvajících nepříznivých okolností jsou vyvolávajícím faktorem, bez kterého by k poruše nedošlo. Reaktivní deprese začíná bezprostředně (nebo do jednoho měsíce) po výskytu stresující události nebo životní změny. Nejčastěji navazuje na stresovou událost, která byla spojena se ztrátou. Nejtypičtější ztrátou, na kterou navazuje reaktivní deprese, je úmrtí blízkého člověka (partnera, dítěte, rodiče, dobrého přítele). Jako ztrátu můžeme označit i jiné události, při kterých ztrácíme vztah, práci, majetek, hodnotu, vzdáváme se určitých plánů, ideálů apod. Typickou ztrátou je rozchod s partnerem, rozvod (ztráta snu o partnerském vztahu, ztráta očekávaného životního stylu, ztráta každodenní možnosti být s dětmi), nemožnost otěhotnět, ztráta zaměstnání, ztráta svobody po narození dítěte, ztráta náplně po odchodu dítěte z domu, zjištění nevěry partnera apod. Pro zármutek je velmi důležité, aby postižený mohl co nejdříve mluvit o ztrátě s člověkem nebo lidmi, kteří ho vyslechnou a podpoří. Doporučují se nejbližší přátelé a blízcí, pokud nejsou, vyhledat profesionálního psychologa nebo psychiatra.

g) Smíšená úzkostně-depresivní porucha

U smíšené úzkostně-depresivní poruchy se mísí příznaky úzkosti s příznaky deprese, ale ani příznaků deprese, ani příznaku úzkosti není tolik, aby umožnily diagnostikovat depresi či některé z úzkostných poruch. Vzhledem k tomu, že příznaky deprese jsou méně hluboké než u depresivní poruchy a příznaky úzkosti méně výrazné než u úzkostných poruch, často bývá tato porucha okolím podceňována.

h) Krátká rekurentní depresivní porucha

Krátká rekurentní depresivní porucha je relativně vzácná. Depresivní epizody trvající zpravidla 2-3dny objevují nejméně jednou za měsíc. Přitom nejde o epizody typicky vázané na menstruační cyklus. Deprese přichází většinou náhle, objevují se ráno po probuzení a je často velmi hluboká, objevují se sebevražedné myšlenky. Postižený člověk často není schopen vstát z postele, jít do práce. Cítí se jako ochromený. Podléhá silným sebevýčítkám, je zesláblý, unavený a vyčerpaný. Obvykle po třech dnech polehávání se probudí zase s normální náladou. Tyto epizody nemívají pravidelný rytmus, takže je nejde předvídat. Postižení pacienti často začnou popíjet alkohol, který jim sice na krátkou dobu uleví z trýzně, ale následně zpravidla zesiluje sebevražedné tendence a pocity zoufalství.

i) Poporodní deprese

Pro většinu lidí je narození dítěte spojováno s pocitem radosti a štěstí ale velmi často se objevuje zhoršená nálada až u 80% žen zhoršené nálady projevující se zpravidla podrážděností, kolísáním nálady a pláčem, nadměrnou únavou až vyčerpaností, podrážděností, sebevýčítkami, úzkostí, pocity nejistoty a strachu, někdy se dostaví fobické příznaky, smutná nálada bývá zpočátku v pozadí obrazu, ovšem postupně se může rozvíjet do deprese. Rodičky mají pocit, že k dítěti necítí, co by měly, nebo že na ně nestačí. Jsou vyčerpaný. Můžeme rozeznat tři hlavní typy poporodních depresí: poporodní „blues“ jako mírný emoční problém krátkého trvání projevující se kolísáním nálady, úzkostí, přecitlivělostí. Poporodní deprese – je závažné a potenciálně život ohrožující psychická nemoc. Rodičky jsou nerozhodné, úzkostné, mají strach ze samoty, sociální izolace a mají katastrofické obavy z budoucnosti. Mají pocity, že dítě je nechtěné, nedokážou je milovat ani se o ně postarat. Poporodní psychóza – objevuje se jen výjimečně. Příznaky jsou podrážděnost, neklid, problémy se spánkem, dezorganizované chování, bludy, halucinace. Matka ztrácí kontakt s realitou, má

depressivní halucinace (hlasy) a bludy (je přesvědčena, že dítě je ďáblovo apod.) V tomto případě je nutná urgentní hospitalizace, protože jsou v ohrožení života jak matka, tak dítě.

j) Deprese v menopauze

Nejčastějším obdobím depresí u žen je období menopauzy. Na rozvoji deprese se zpravidla podílí řada faktorů jak biologických, tak psychologických a sociálních. Z biologických jsou to rozsáhlé hormonální změny, zejména pokles hladin estrogenů, z psychologických často pocit „zavírajících se dveří“, strach ze stárnutí, z odchodu dětí z rodiny a malá podpora. Včasná hormonální substituce může zabránit rozvoji deprese u části žen v menopauze. Pokud se už deprese rozvinula, hormonální léčba nestačí a je nutné podávat antidepressiva. V této době je důležitá psychoterapie, která pomáhá vyrovnat se se změnou životní role a najít nové způsoby, jak se dále těšit ze života a jak mu dát smysl. V tomto období je velmi důležitý partner, pokud je schopen zintenzivnit vztah nebo podpůrné ženské skupiny.

k) Deprese v pozdním věku

Deprese v pozdním věku bývá zpravidla přehlédnuta, protože je maskovaná tělesnými příznaky nebo navazuje na zjevnou tělesnou nemoc. Ohroženy jsou zvláště ženy, především ovdovělé, a lidé, kteří žijí v pečovatelských zařízeních. Nejčastějšími stresujícími faktory, na které deprese navazuje, jsou ztráty (partnera, přátel, stálého kontaktu s potomky, tělesného zdraví, kariéry, někdy soběstačnosti), konflikty ve vztazích (s nemocným partnerem, s potomky, s okolím), učení se nové roli v životě (odchod do důchodu, změna prostředí, domov důchodců) a sociální izolace. Dále se u starších lidí deprese často objevuje spolu s tělesným onemocněním.

l) Deprese při tělesném onemocnění

Deprese může být spojena s tělesným onemocněním. Nejohroženější skupinou jsou starší lidé. Deprese může navazovat na ischemickou chorobu srdeční, vysoký krevní tlak, mozkovou příhodu, Parkinsonovu chorobu, cukrovku, revmatismus, sníženou činnost štítné žlázy, některá autoimunitní onemocnění. Deprese může také zhoršovat průběh těchto onemocnění.

5.5 Deprese u žen

Deprese se u žen vyskytuje asi dvakrát tak častěji než u mužů. Přibližně u jedné ze čtyř žen se v průběhu jejich života vyskytne deprese, zatímco u mužů je to jen asi u jednoho z osmi. Podobná relace je u pokusů o sebevraždu. Muži, především starší jedinci, jsou ovšem v jejím provedení "úspěšnější". Není zcela určitě známo, proč jsou ženy k depresím náchylnější. Je zřejmé, že v různých životních situacích nebo obdobích, tendence k depresi stoupá. Jedná se především o období menstruace, menopauzy a šestinedělí, protože jsou ženy díky změně jejich hormonální hladiny k depresím náchylnější. (www.deprese.net)

Neurotransmitery v lidském mozku reagují jinak na stresové anebo sexuální hormony, proto jsou ženy ke vzniku deprese náchylnější. V důsledku rozdílů v metabolismu mužského a ženského mozku může být u žen jiná forma a také průběh onemocnění. Dalším faktorem může být geneticky podmíněná reakce ženy na stres. Před vznikem deprese u žen často pozorujeme úzkostné stavy, které mohou v onemocnění vyústit. Muži mají v podobných situacích spíše sklon upadnout do nezdravé závislosti např. alkohol, drogy. Dalším důležitým faktorem je postavení ženy ve společnosti. Riziko onemocnění je pro pracující ženy menší než pro ženy, které věnují veškerý svůj čas výchově dětí. Období, ve kterých jsou ženy nejvíce ohrožené k propuknutí deprese: puberta, před menstruací, menopauza, šestinedělí a baby blues. (www.deprese.net)

Představa, že těhotenství je obdobím životní pohody, je mylná, naopak se ukazuje, že těhotenství a období po porodu je pro rozvoj deprese vysoce rizikové. Deprese v graviditě může mít řadu důsledků: špatnou komplianci¹⁶ v prenatální péči, riziko sebepoškození a sebevraždy, škodlivé užívání alkoholu, nikotinu a dalších drog, zvýšené riziko komplikací (hypertenze¹⁷, preeklampsie¹⁸, předčasný porod). Deprese matky je také spojena se špatnou prognózou pro novorozence; zjišťujeme kratší gestaci¹⁹ a u novorozence nižší hmotnost. Čím

¹⁶ Kompliance – dodržování pokynů a příkazů

¹⁷ Hypertenze – vysoký krevní tlak

¹⁸ Preeklampsie – onemocnění, které vzniká těhotenství a v jeho posledním trimestru. Příčina je v látkové poruše látkové výměny organismu matky. Vyvíjí se týdnů až měsíce, většinou již od začátku těhotenství a projeví se v posledních 3 měsících. Těžké a neléčené formy preeklampsie mohou vyústit do záchvatu křečí.

¹⁹ Gestace – těhotenství, gravidita

závažnější je deprese, tím je vyšší riziko postižení novorozence. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Deprese po porodu se vyskytuje u 10-15% žen do devíti měsíců po porodu. Zvýšené riziko je u žen s anamnézou afektivní poruchy (30-50% u depresivní poruchy, více než 50% u BP). Ženy s poporodní depresí často nejsou provdány, mají další malé děti, mají zdravotní problémy, jsou nezaměstnané nebo mají nízký příjem. Optimální by byla časná identifikace a léčba formou psychoterapie a edukace u vysoce rizikové populace - ženy s poruchami nálady v anamnéze a se špatnou sociální situací. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

5.6 Léčba depresivních stavů

Řada depresivních stavů ustoupí bez léčby. Průměrná délka trvání neléčené deprese je přibližně 20 týdnů. Každá prodělaná epizoda zvyšuje riziko vzniku dalších epizod. Riziko opětného rozvoje deprese je po první epizodě 50%, po čtvrté epizodě 80 – 90%. Přes možnost spontánní úzdravy je nutné depresi léčit pro riziko recidiv a chronicity, ekonomický dopad (funkční narušení u deprese je srovnatelné se somatickými chorobami), sníženou kvalitu života a pro riziku suicidia. Prevencí rozvoje chronické deprese jsou antidepresiva, optimální je spojení s kognitivně – behaviorální anebo interpersonální terapií. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Cílem komplexní léčby depresivních poruch je odstranit příznaky onemocnění, obnovit původní kvalitu života a odstranit rizika opětovného vzplanutí choroby. K léčbě deprese se používají léky a jiné biologické léčby (fototerapie, elektrokonvulzivní terapie) a psychoterapie. Léčba antidepresivy je nejrozšířenější a nejosvědčenější u všech druhů depresí. Předností léčby pomocí léků je snadné podávání a rychlejší kontrola příznaků. Nevýhodou léčby pomocí léků je výskyt nežádoucích příznaků a nutnost monitorování hladin léků při dlouhodobé profylaktické léčbě. U lehčích forem deprese může dostatečně pomoci samotná psychoterapie, která pomáhá zvládat problémy pacienta. Optimální je však kombinace psychoterapie a antidepresiv, protože léky umožní rychlý ústup příznaků a psychoterapie pomůže naučit účinnější způsoby, jak zacházet s problémy v životě, které depresi předcházely nebo během ní vznikly. (Praško, 2003)

Léčba probíhá ve třech etapách vzhledem k periodickému průběhu depresivní poruchy (Praško, 2003)

První etapa léčby je etapa akutní. Při této etapě je cílem zejména zmírnění a odstranění depresivních příznaků deprese. Léčba akutní depresivní epizody trvá kolem tří měsíců, může být však podstatně kratší i delší

Po odeznění akutní epizody deprese nastupuje udržovací etapa. Cílem je udržet dosažené zlepšení na dobu 6-9 měsíců, což je průměrná délka depresivní epizody. Po úspěšné akutní léčbě se člověk může cítit už velmi dobře, protože příznaky deprese jsou překryty léky, avšak po vysazení medikace u 80% pacientů dochází k znovuzplanutí deprese.

Profylaktická léčba deprese pokračuje i po ukončení udržovací léčby, zpravidla více let, někdy celý život. Tato léčba je indikována hlavně u pacientů, kteří zažili opakované epizody deprese, mají dystymii nebo bipolární poruchu.

5.6.1 Farmakoterapie

Antidepresiva jsou první volbou léčby všech typů depresí. Antidepresiva upravují aktivitu neuromodulátorů serotoninu, dopaminu a noradrenalinu. Pomáhají tedy vytvořit neurohormonální rovnováhu na těch neuronech v mozku, kde je v depresi nedostatek působků. Vzhledem k tomu, že přímo chybějící neurohormony nedodávají, ale regulují jejich porušenou rovnováhu, jejich efekt není okamžitý, ale zpravidla se dostaví za 3-6 týdnů podávání. V současnosti je dostupná celá řada antidepresiv, účinnost jednotlivých antidepresiv je podobná, rozdíly se mohou objevit v intenzitě a četnosti nežádoucích účinků. (Praško, 2003)

I po odeznění depresivní nálady je nutné pokračovat v užívání léků minimálně půl roku po odeznění deprese, pokud jde o první epizodu v životě. Pokud jde o opakovanou epizodu, mělo by podávání antidepresiv trvat ještě dva roky po odeznění příznaků. Je velmi důležité nepřerušit léčbu antidepresivy předčasně, protože po vysazení léků až 80% pacientů dostane depresi znovu, proto léčba antidepresivy pokračuje ještě nějaký čas po vymizení příznaků. Udržovací léčba deprese je stejně důležitá jako léčba akutní. Čím kratší je trvání příznaků před zahájením farmakoterapie a systematictější je udržovací léčba, tím je prognóza léčby lepší. Udržovací léčba znamená, že se snažíme udržet dosaženého vyléčení a zabránit návratu příznaků. Podávání léků by mělo pokračovat alespoň šest měsíců po odeznění symptomů. Při udržovací léčbě je základní pravidlo, že dávka léků se nemá snižovat z dostatečně účinné dávky, tedy je potřeba, aby léčba pokračovala ve stejné dávce léku, na

jaké bylo dosaženo zlepšení. Pokud se jedná o opakovanou depresi, je vhodné prodloužit podávání antidepresiv nebo profylaktických dávek lithia na dobu 2 až 5 let. (Praško, 2003)

U některých lidí se po léčbě antidepresivy dostávají lehké a většinou dočasné vedlejší účinky. Vedlejší účinky jsou pro část léčebných osob většinou nepříjemné, ale nikoli vážné. Nejčastější vedlejší účinky a možnosti jejich zmírnění jsou: sucho v ústech, zácpa, obtížnější močení, sexuální problémy, rozmazané vidění, závratě, únavnost a nesoustředěnost. (Praško, 2003)

5.6.2 Psychoterapie

Psychoterapie jsou formy léčby, při kterých se používají psychologické poznatky. Jádrem všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti. Rozlišujeme individuální, rodinnou a skupinovou terapii. Těžiště může být v rozhovoru, umělecké práci, psychogymnastice, dramatizaci, hraní rolí nebo nácviku dovedností. Účel psychoterapie je obnovení přirozeného pocitu kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a představami, chováním a emocemi. Terapeut pomáhá postiženému: porozumět tomu, co se děje; oddělit zdravé prožívání od nemocného; omezit, ohraničit a zmírnit nebo odstranit patologické prožitky; znovuobnovit žebříček hodnot; podpořit a rozvinout vše zdravé; vytvořit pocit bezpečí, samozřejmosti a přirozené kontroly nad svým životem; nalézt znovu přiměřenou a přirozenou důvěru v sebe i ve svět kolem; najít cesty, jak překonat současné životní problémy. (Praško, 2003)

Pro lidi, kteří trpí velmi hlubokou depresí, je psychoterapie málo účinná. Může však pomoci v době, kdy depresivní fáze odeznívá. Psychoterapie pomáhá porozumět, co se s člověkem v depresi děje, učí, jakým způsobem zacházet s příznaky a problémy v životě a trénuje dovednosti, které mohou do budoucna bránit rozvoji nové fáze. Psychoterapie je velmi účinnou metodou pro většinu depresivních nemocných, u kterých deprese probíhá pod lehkým nebo středně závažným obrazem. Psychoterapie zkracuje dobu léčby a u lehkých depresí je schopna pomoci i bez léků. Pacient má svobodnou volbu svého terapeuta, měl by proto dbát na to, aby se se svým psychoterapeutem cítil dobře. Ne každý pacient se cítí dobře s každým psychoterapeutem. Extrémní situace je, když pacient stále mění terapeuty, protože nejsou pro nejistotu či podezřívavost spokojeni s nikým, tato možnost však prodlužuje cestu, jak nalézt řešení problému. (Praško, 2003)

Psychoterapie dělíme na 4 druhy – individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie, rodinná (manželská psychoterapie) a kognitivně-behaviorální terapie.

Individuální psychoterapie pomáhá pacientovi obnovit důvěru ve svět a vytvořit si pevnou vztahovou osobu, které může důvěřovat v krizových situacích. Tento druh terapie skýtá přátelskou atmosféru, přijetí a pochopení, do ničeho nenutí. Samotná psychoterapie k léčbě těžší deprese nestačí, ale při kombinaci s léčbou psychofarmaky může být vhodnou volbou.

Skupinová psychoterapie pomáhá člověku uvědomovat si, že druzí prožívají mnohdy podobné věci, učí se od nich, jak se s onemocněním vyrovnat a jak řešit každodenní problémy. Pomáhá ujasnit si svoji situaci ve světě, porozumět způsobům, jakým se člověk vztahuje k druhým a uvědomovat si formy chování, které vedou ke stresu. Skupinová terapie probíhá zpravidla ve skupině 8-12 osob. Nejčastěji je vedena dvěma psychoterapeuty, nejlépe muž a žena. Jednotlivá sezení trvají zpravidla 1,5 hodiny. Skupinové dění je dáno vztahy mezi lidmi a jejich navyklými způsoby chování. To, jak se chovají v reálném životě, se dříve nebo později projeví i ve skupině. Otevírání jednotlivých členů při skupinové terapii má za následek vznik atmosféry důvěry, otevřenosti, spoluúčasti a sympatie.

Rodinná nebo manželská terapie – při farmakoterapii i psychoterapii je důležité, aby do léčby byli zainteresováni také rodinní příslušníci, protože je pro nemocného velmi důležité, aby v rodině bylo vytvořeno příznivé klima bez prudkých emocí, výčitek, mentorování nebo hádek. Rodinná terapie se snaží pomoci zklidnit vztahy v rodině a pomoci nalézt rovnováhu pro všechny příslušníky rodiny. Rodinná terapie zpravidla znamená úlevu a možnost vývoje pro každého člena rodiny. Nejvíce jde o kontakt a porozumění mezi jednotlivými členy rodiny.

Kognitivně behaviorální terapie je forma léčby zaměřená na celkové zklidnění pomocí přijetí nemoci, odstranění depresivního způsobu myšlení, zlepšení komunikace s okolím a relaxace. Tato forma terapie se soustředí zejména na nemocné s mírnou a středně těžkou depresí a pacienty s reziduálními (zbytkovými) příznaky. Učí je zacházet se symptomy a problémy, zbavovat se zbytkových příznaků a trénuje dovednosti potřebné pro zvládnutí stresujících situací. Kognitivně – behaviorální terapie patří k nejúspěšnějším psychoterapiím deprese a u lehkých a středně těžkých depresí patří mezi léčby první volby. (Praško, 2003)

Praktická část

6 Cíl výzkumu, charakteristika výzkumu a použitých metod

Cílem této diplomové práce bylo zjistit míru depresivního onemocnění u žen v dospělém věku tj. od 20 – 65 let. Dalším cílem výzkumu bylo zjistit, jaký ze symptomů deprese je nejčastější a jaký naopak nejméně častý.

První část dotazníku je zaměřena na osobní údaje dotazovaných - jejich věk, rodinný stav, dosažené vzdělání, stávající zařazení a počet dětí. Tyto otázky jsou součástí dotazníku, protože dle prostudované literatury předpokládáme, že větší náchylnost k depresi mají ženy, které jsou nezaměstnané, rozvedené, bez partnera, avšak s dětmi.

Pro náš dotazník jsme použili standardizovaný dotazník „Beckova stupnice pro posuzování závažnosti deprese“²⁰. Dotazník obsahuje 21 skupin tvrzení, které se týkají jednotlivých příznaků deprese, respondentky označily to tvrzení, které je nejlépe charakterizovalo. Každé tvrzení je bodově ohodnoceno ve stupnici od 0 – 3 bodů. Po sečtení všech bodů jsme zjistili celkovou míru deprese u každé dotazované. Bodové hodnocení je následující: žádná deprese – 0 – 11 bodů, slabá deprese: 12 – 19 bodů, mírná deprese: 20 – 26 bodů a těžká (silná) forma deprese – 26 – 63 bodů.

Jednotlivé dotazníky byly zpracovány a vyhodnoceny dvěma různými způsoby. První způsob vyhodnocení spočíval v zjištění procentuálního zastoupení označení jednotlivých tvrzení zjišťujících jednotlivé příznaky deprese. Druhý způsob vyhodnocení dotazníku zkoumal hladinu deprese u jednotlivých skupin respondentek rozdělených dle věku, rodinného stavu, počtu dětí, nejvyššího dosaženého vzdělání a stávajícího zařazení. Dotazníky byly vyhodnoceny a zaznamenány do tabulek a grafů.

Praktická část též obsahuje kazuistický případ depresivní dívky, který slouží jako náhled do problémů, které deprese přináší.

²⁰ Křivohlavý, 2003

6.1 Charakteristika výzkumného vzorku

V našem výzkumu jsme se zaměřili na ženy, protože dle prostudované literatury jsou ženy náchylnější na depresivní onemocnění. Pro výzkum jsme oslovili ženy ve věku 20 – 65 let věku, náš vzorek tedy obsahuje ženy v období časně, střední i pozdní dospělosti. Celkem se nám podařilo získat 87 vyplněných dotazníků. Nejvíce dotazníků vyplnily ženy, které jsou v období časně dospělosti (66), střední dospělosti (12) a vyplněných dotazníků od respondentek v pozdní dospělosti se podařilo získat 9.

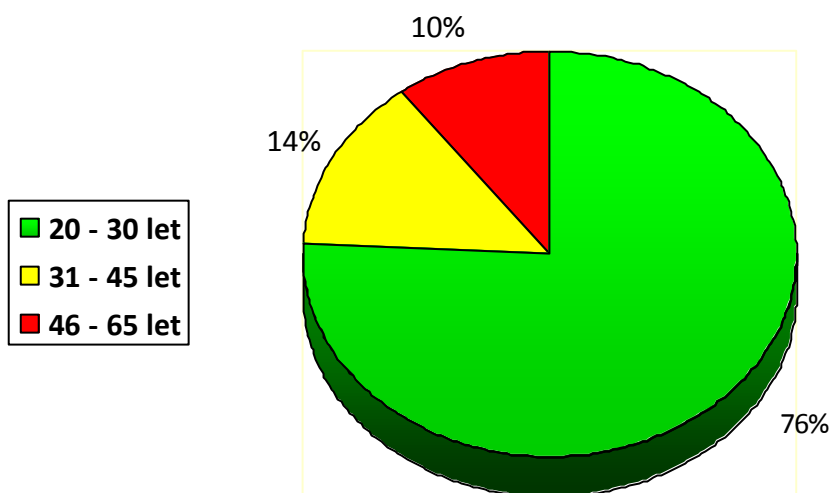
Podle rozdělení dle rodinného stavu nám vyplnilo dotazník nejvíce žen, které jsou svobodné (64). Vdaných žen je v našem výzkumném vzorku 18 a rozvedených žen je 5. 21 dotázaných žen má děti, 66 nikoli. Při rozdělení respondentek dle vzdělání se nám podařilo získat 53 žen, jejichž nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, 24 žen má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské a 10 žen je vyučeno. Při rozdělení dle stávajícího zařazení je 43 respondentek studentek (pokud respondentky vykonávaly zaměstnání a přitom studovaly, byly přiřazeny k zaměstnaným). 32 žen z našeho výzkumného vzorku je zaměstnaných, 5 žen je OSVČ, 4 nezaměstnané a 3 na mateřské dovolené.

Všechny respondentky byly před vyplněním dotazníku upozorněny, že dotazník je součástí diplomové práce a je anonymní.

6.2 Interpretace výsledků

Každá otázka je vyhodnocena samostatně a procentuálně znázorněna v grafech a tabulkách. Ženy měly za úkol vybrat jeden z nabízených výroků, který nejlépe popisoval, jak se v poslední době cítily. Celkem dotazník zodpovědělo 87 žen ve věku od 20 do 65 let.

Otázka č. 1 – Jaký je Váš věk?



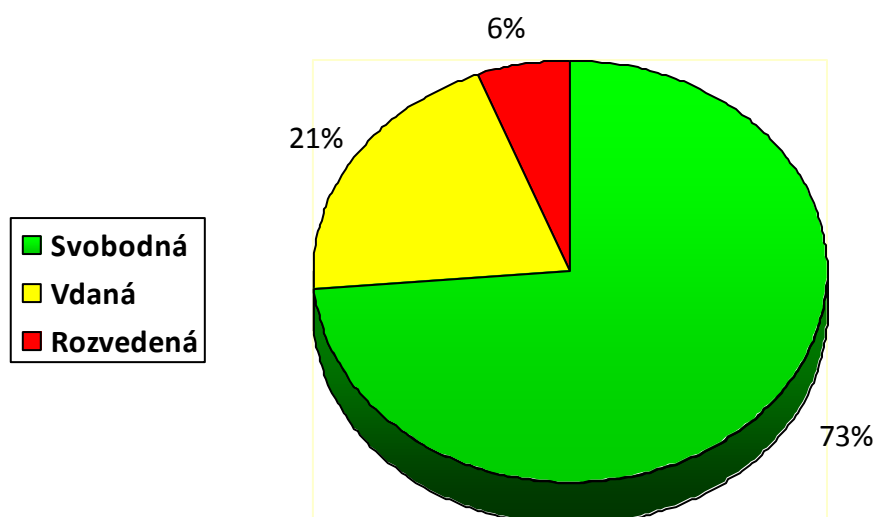
Graf č. 1

Tabulka č. 1

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
20 – 30 let	66	76%
31 – 45 let	12	14 %
46 – 65 let	9	10%

První otázka byla zaměřená na věk respondentek. Po jejím vyhodnocení jsme zjistili, že věk 76 % respondentek je mezi 20 – 30 lety, což znamená, že větší část žen, které zodpověděly dotazník, je v období časně dospělosti. V období střední dospělosti se nachází 14% respondentek a v období pozdní dospělosti se nachází 10% respondentek. Celkem dotazník zodpovědělo 87 žen.

Otázka č. 2 – Jaký je Váš rodinný stav?



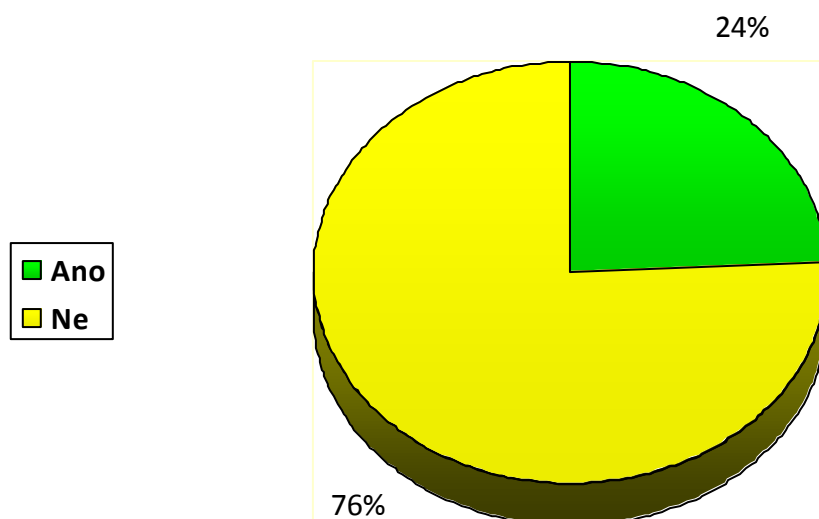
Graf č. 2

Tabulka č. 2

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Svobodná	64	73%
Vdaná	18	21 %
Rozvedená	5	6%

Z celkového počtu 87 žen je 64 svobodných, do této kategorie se řadí i ženy, které jsou v nesezdaném svazku. 21% žen, které vyplnily náš dotazník je vdaných a 6% je rozvedených. Větší část respondentek se věkově řadí do časné dospělosti, jelikož současný trend je nesezdané soužití, je 73% respondentek svobodných.

Otázka č. 3 – Máte děti?



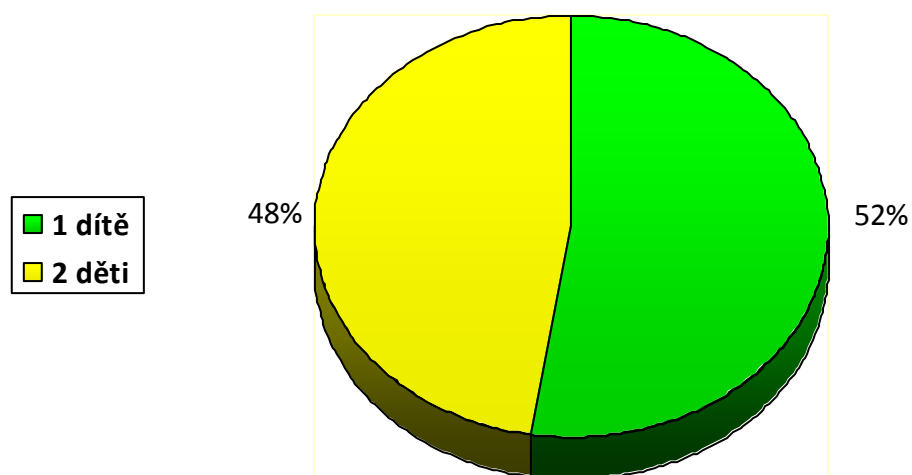
Graf č. 3

Tabulka č. 3

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Ano	21	24%
Ne	66	76%

Větší část respondentek je bezdětná (tj. 76%). Děti má 24% respondentek. Příčinou může být, že 76% respondentek se věkově řadí do časně dospělosti (tj. 20 – 30 let) a studují, proto odkládají založení rodiny až na dobu, kdy budou mít stálé zaměstnání a partnera a budou tedy schopné dítě materiálně zajistit. Z počtu 21 žen, které děti mají, je 13 žen vdaných, 4 rozvedené a 4 svobodné. Z hlediska řazení dle věku žen s dětmi se 6 žen řadí do starší dospělosti, 9 žen do střední dospělosti a 6 žen do období časně dospělosti.

Otázka č. 4 – Kolik dětí máte?



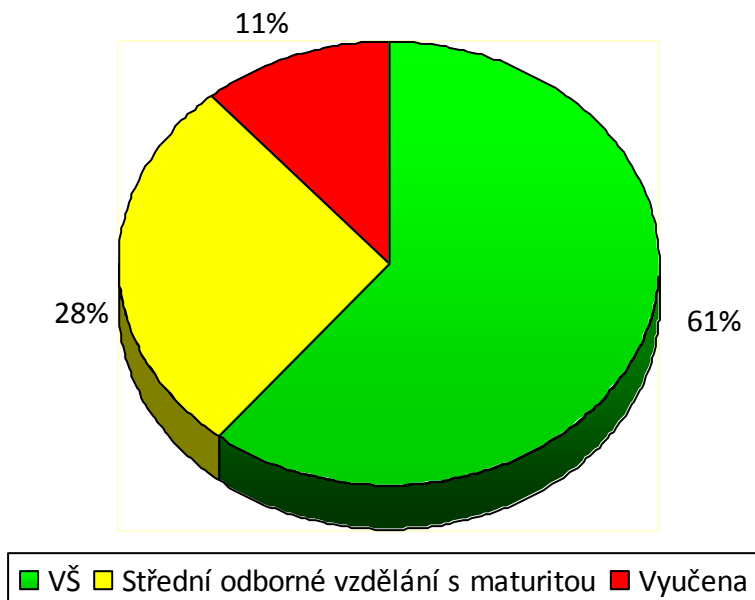
Graf č. 4

Tabulka č. 4

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
1 dítě	11	52%
2 děti	10	48%

Z celkového počtu 21 žen, které mají děti, má 11 žen jedno dítě a 10 žen má dvě děti.

Otázka č. 5 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



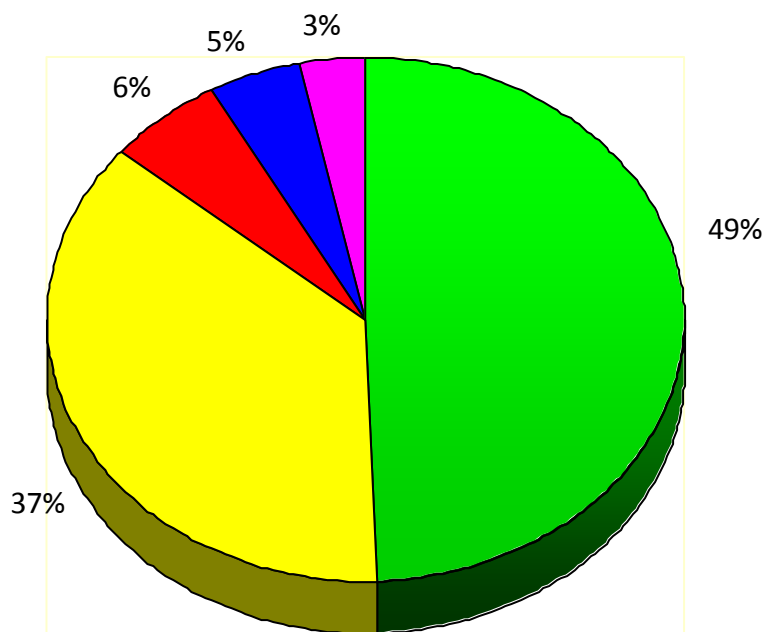
Graf č. 5

Tabulka č. 5

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
VŠ	52	61%
Střední odborné vzdělání s maturitou	24	28%
Vyučena	10	11%

Na otázku „Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání“ odpovědělo 60% respondentek, že vysokoškolské. 28% dotázaných má střední odborné vzdělání s maturitou, 11% je vyučených a 1% má vyšší odborné vzdělání.

Otázka č. 6 – Jaké je Vaše stávající zařazení?



■ Studentka ■ Zaměstnaná ■ OSVČ ■ Nezaměstnaná ■ Na mateřské dovolené

Graf č. 6

Tabulka č. 6

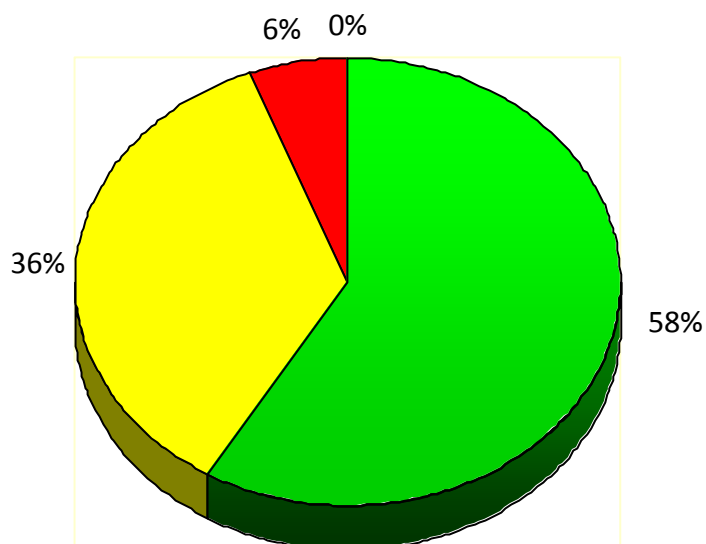
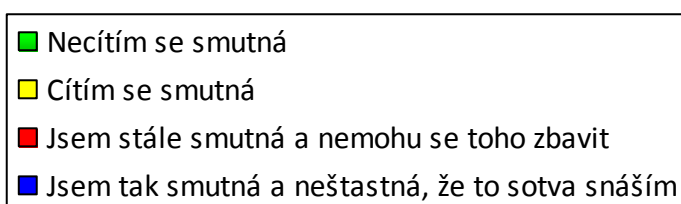
Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Studentka	43	49%
Zaměstnaná	32	37%
OSVČ	5	6%
Nezaměstnaná	4	5%
Na mateřské dovolené	3	3%

Z pohledu stávajícího zařazení 49% dotázaných studuje VŠ, 37% je zaměstnaných 6% je OSVČ, 5% nezaměstnaných a 3% jsou na mateřské dovolené.

Otázka A - Dysforie

Tabulka č. 7

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Necítím se smutná	51	58%
Cítím se smutná	31	36%
Jsem stále smutná a nemohu se toho zbavit	5	6%
Jsem tak smutná a nešťastná, že to sotva snáším	0	0%



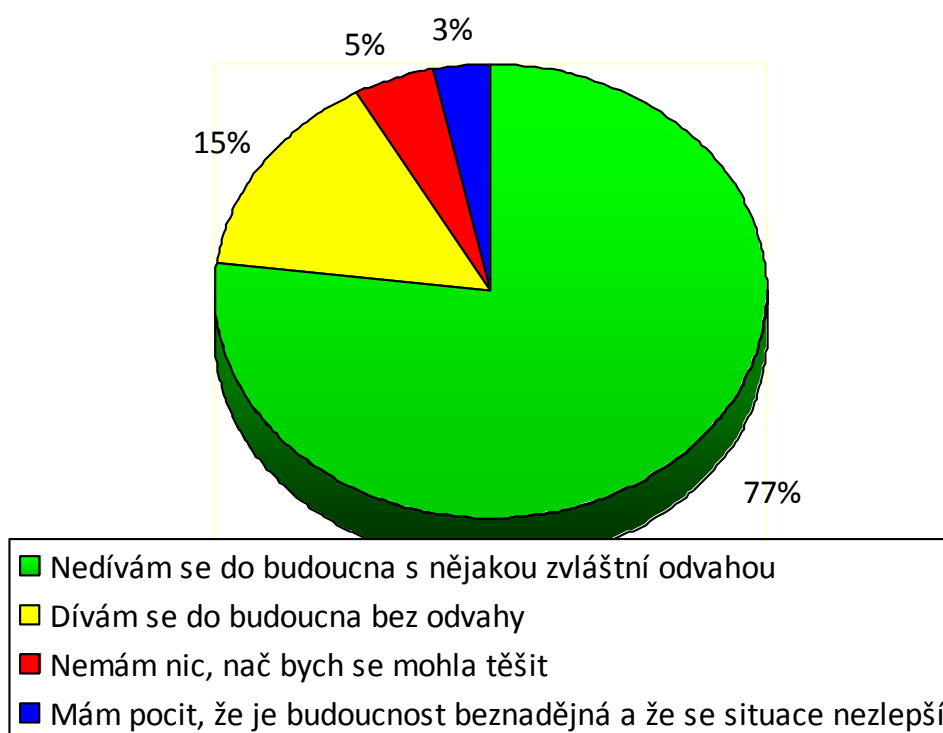
Graf č. 7

Tato otázka se zabývala výskytem dysforie u žen. 58% dotázaných žen nepocítí uje smutek. 36% dotázaných žen se cítí smutné, to může být zapříčiněno problémy s partnerem, dětmi, nezaměstnaností. 6% dotázaných se cítí tak smutné, že se toho nemohou zbavit. Tak smutné a nešťastné, že by to sotva snášely, nejsou žádné respondentky.

Otázka B – Beznaděj

Tabulka č. 8

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Neřádím se do budoucna s nějakou zvláštní odvahou	67	77%
Dívám se do budoucna bez odvahy	13	15%
Nemám nic, nač bych se mohla těšit	4	5%
Mám pocit, že je budoucnost beznadějná a že se situace nezlepší	3	3%



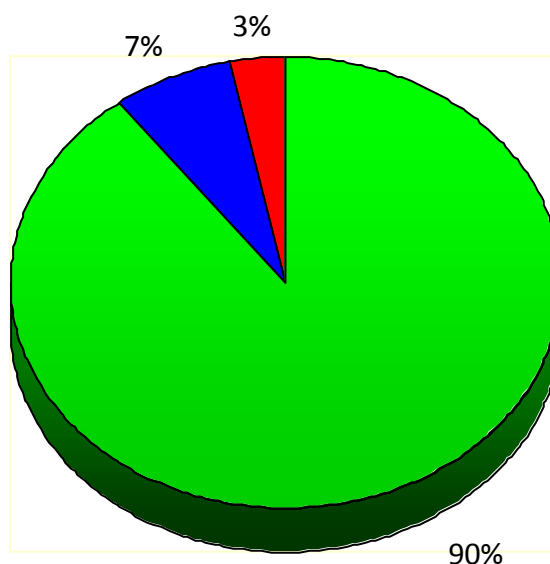
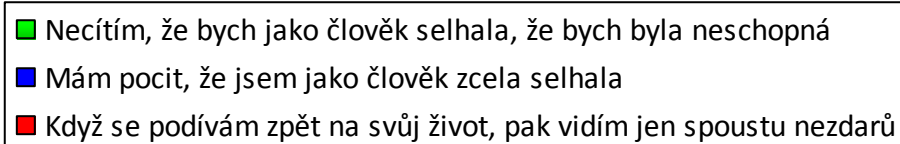
Graf č. 8

Z tohoto grafu je patrné, že větší část dotázaných se nebojí budoucnosti. 15% respondentek se dívá do budoucnosti bez odvahy, tedy neví co má od budoucnosti čekat, ale stále u nich nejsou očekávání tak negativní jako u 5%, které nemají, nač by se těšili, což může být příznak depresivního onemocnění. 3% respondentek má pocit, že je budoucnost beznadějná a že se situace nezlepší, což je příznak deprese, kdy pacient má negativní postoj jak minulosti, přítomnosti, ale i budoucnosti. Má pocit, že ho nic dobrého nepotká, že nic již ve svém životě nedokáže.

Otázka C – Pocit, že jsem selhala

Tabulka č. 9

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Necítím, že bych selhala, že bych byla neschopná	78	90%
Mám pocit, že jsem jako člověk zcela selhala	6	7%
Když se podívám zpět na svůj život, pak vidím jen spoustu nezdarů	3	3%



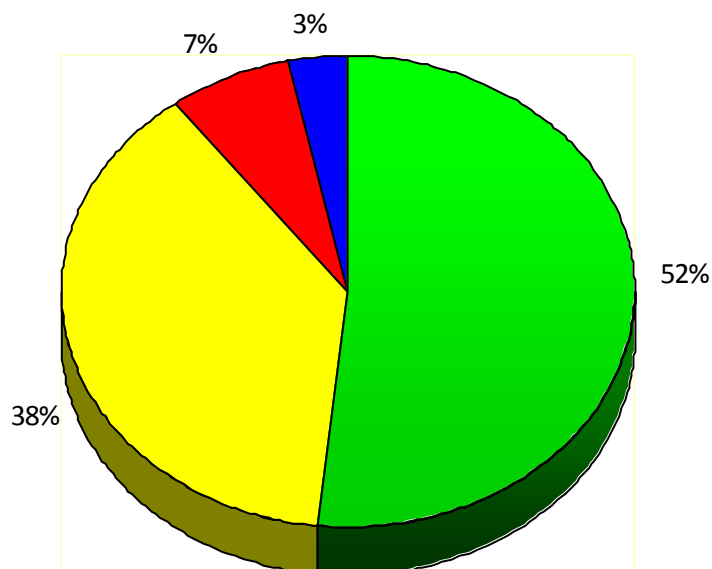
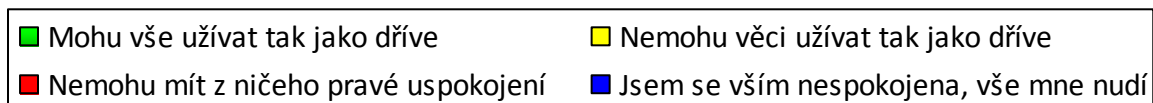
Graf č. 9

90% respondentek nemá pocit, že by jako člověk selhaly, že by byly neschopné. Tento fakt může být však způsoben nízkým věkem většiny respondentek a faktem, že jsou svobodné a bezdětné. Pocit, že jako lidé zcela selhaly, má 7% respondentek. Když se podívají zpět na svůj život, pak vidí jen spoustu nezdarů odpovědělo 3% respondentek, to může být příznakem deprese, protože depresivní lidé negativně hodnotí nejen přítomnost, ale i minulost a budoucnost.

Otázka D – Narušený vztah k objektu

Tabulka č. 10

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Mohu vše užívat tak jako dříve	45	52%
Nemohu věci užívat tak jako dříve	33	38%
Nemohu mít z ničeho pravé uspokojení	6	7%
Jsem se vším nespokojena, vše mne nudí	3	3%



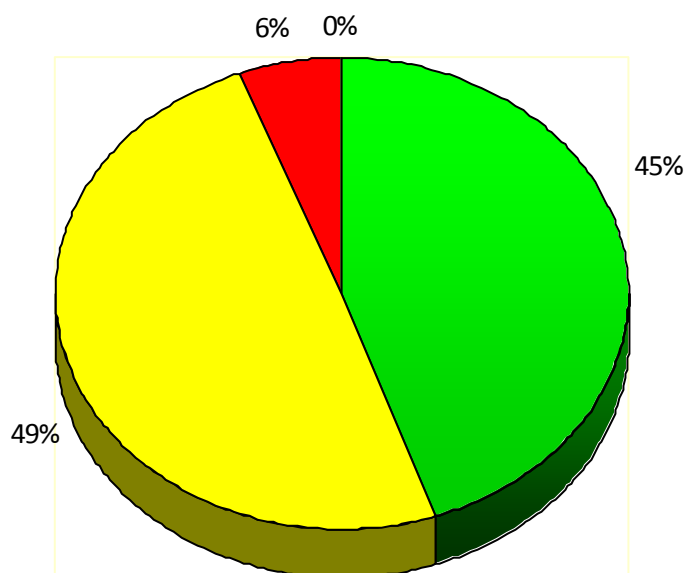
Graf č. 10

52% respondentek je spokojena a vše může užívat jako dříve. 33% dotázaných nemůže věci užívat tak jako dříve, nemají z nich tedy takové potěšení jako dříve. 7% dotázaných nemá z ničeho pravé potěšení a 3% respondentek je se vším nespokojena a vše je nudí, což může být příznak deprese, protože depresivní pacient nevidí v ničem uspokojení, vše je pro ně nudné a zbytečné.

Otázka E – Pocit viny

Tabulka č. 11

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Nemám žádný pocit viny	39	45%
Mám pocit, že jsem snad něčím vinna	43	49%
Mám téměř stále pocitu viny	5	6%
Mám stále pocitu viny	0	0%



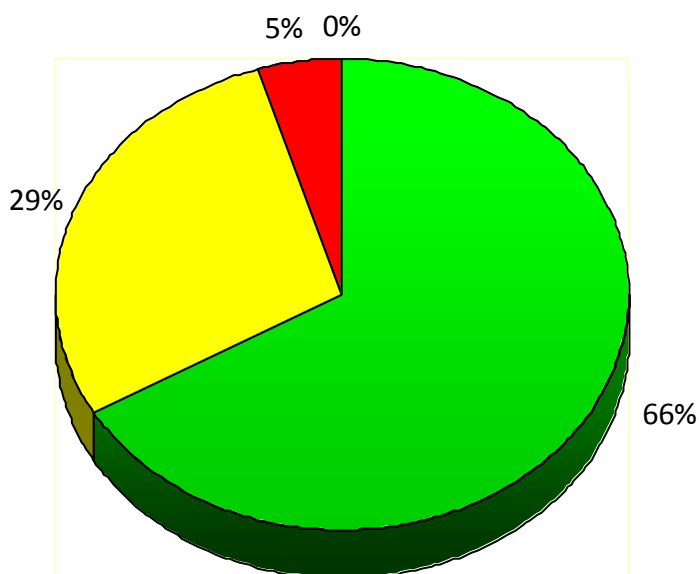
Graf č. 11

Pocit, že nejsou něčím viny má 45% dotázaných, to je více než těch, které žádný pocit viny nemají – 45%. Pocit, že jsou něčím vinny, zužuje téměř stále 6% respondentek. Stálým pocitem viny netrpí žádná z respondentek.

Otázka F – Potřeba trestu

Tabulka č. 12

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Nemám pocit, že jsem trestána	58	66%
Mám pocit, že jsem snad trestána	25	29%
Čekám, že budu potrestána	4	5%
Mám pocit, že mám být potrestána	0	0%



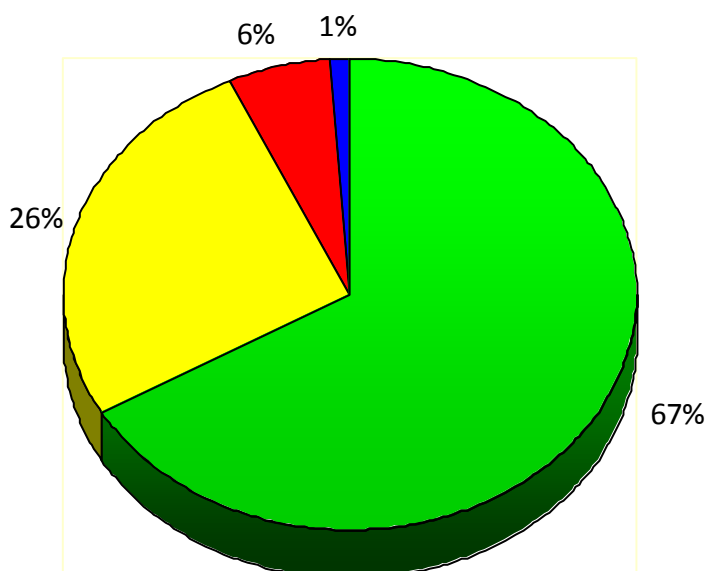
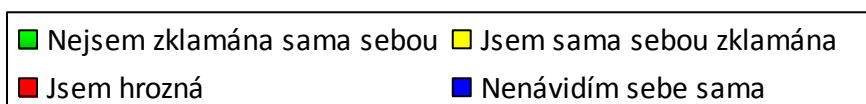
Graf č. 12

Pocit, že jsou trestány, nemá 66% respondentek. Odpověď, že jsou snad trestány označilo 29% dotázaných žen. Na trest čeká 5% žen a pocit, že by měly být potrestány, nemá žádná z respondentek.

Otázka G – Nenávist sebe sama

Tabulka č. 13

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Nejsem zklamána sama sebou	58	67%
Jsem sám sebou zklamána	23	26%
Jsem hrozná	5	6%
Nenávídím sebe sama	1	1%



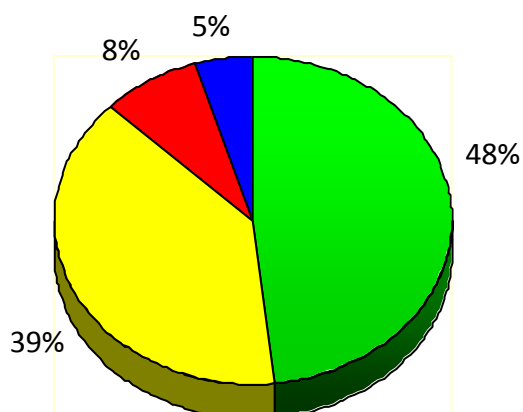
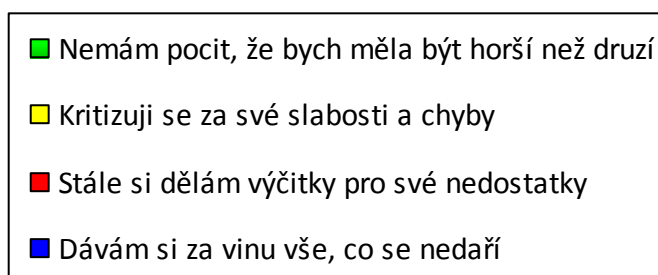
Graf č. 13

Na otázku týkající se nenávisti sebe sama zodpovědělo negativně 67% dotázaných, tedy odpovědělo, že nejsou zklamány samy sebou. 26% dotázaných odpovědělo, že jsou zklamány samy sebou, to může být způsobeno neúspěchy v práci nebo i faktem, že jsou nezaměstnané, protože v době vypracovávání dotazníku (2013) je celkově v České republice vysoká nezaměstnanost. Odpověď, že nenávídí samy sebe, označilo 1% respondentek. Názor, že jsou hrozná má o své osobě 6% respondentek, což může být příznakem deprese.

Otázka H – Vlastní výčitky

Tabulka č. 14

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Nemám pocit, že bych měla být horší než druzí	42	48%
Kritizuji se za své slabosti a chyby	34	39%
Stále si dělám výčitky pro své nedostatky	7	8%
Dávám si vinu za vše, co se nedaří	4	5%



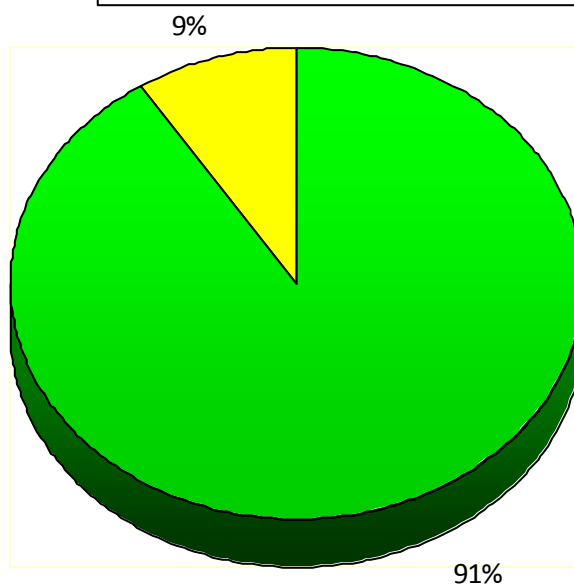
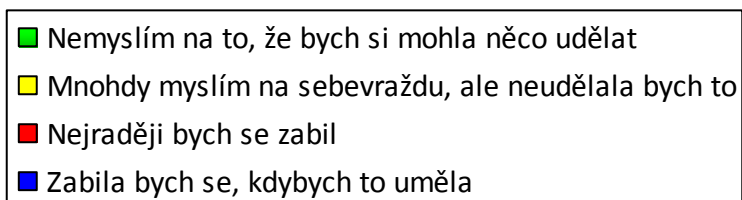
Graf č. 14

Pocit, že jsou horší, než ostatní nemá 48% respondentek. Za své slabosti a chyby se kritizuje 39% žen, což vypovídá o lehké nespokojenosti s vlastní osobou. Pro své nedostatky se stále kritizuje 8% žen. Vše, co se nedaří, si dává za vinu 5% žen. To je příznak deprese, protože depresivní pacient vidí zveličeně všechny jeho nedostatky. Depresivní pacient trpí autoakuzací a stále se obviňuje, má pocit, že je špatný, neschopný a nic dobrého si nezaslouží.

Otázka I – Sebevražednost

Tabulka č. 15

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Nemyslím na to, že bych si mohla něco udělat	79	91%
Mnohdy myslím na sebevraždu, ale neudělala bych to	8	9%
Nejraději bych se zabila	0	0%
Zabil bych se, kdybych to uměla	0	0%



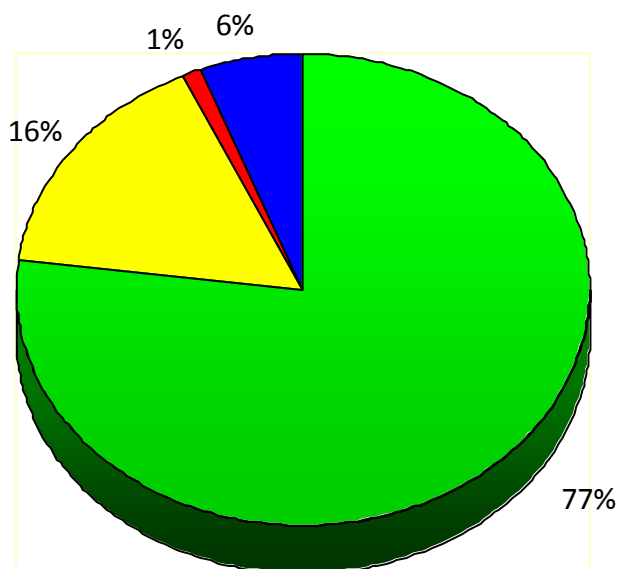
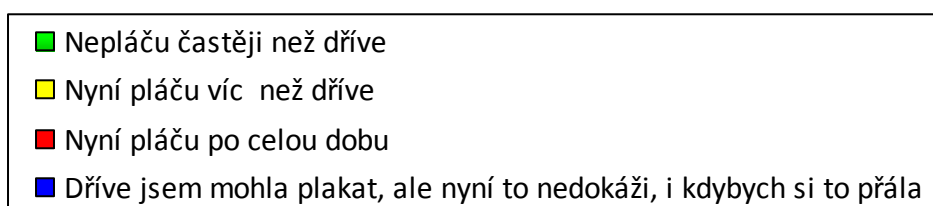
Graf č. 15

Ze zkoumaného vzorku 87 žen nemá tendence se zabít žádná respondentka, ale na sebevraždu myslí 9% žen, ale neudělaly by to. Žádné sebevražedné myšlenky má 91% dotázaných. Tento příznak deprese je ze všech ostatních příznaků nejméně častý.

Otázka J – Pláč

Tabulka č. 16

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Nepláču častěji než dříve	67	77%
Nyní pláču víc než dříve	14	16%
Nyní pláču po celou dobu	1	1%
Dříve jsem mohla plakat, ale nyní to nedokážu, i kdybych si to přála	5	6%



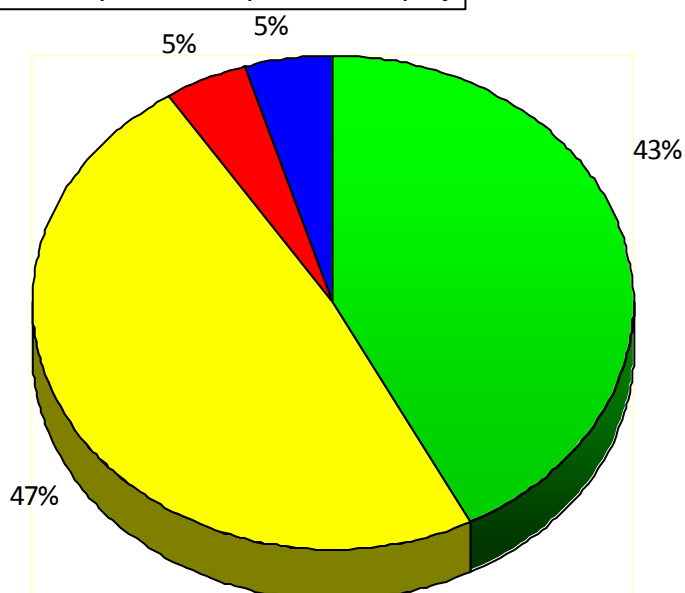
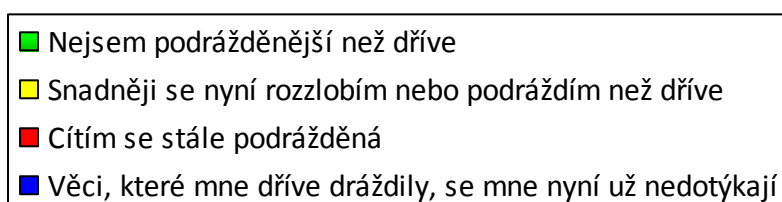
Graf č. 16

77% dotázaných nemá problémy s pláčem a nepláče více než dříve. 16% respondentek nyní pláče více než dříve a 1% nyní pláče bez přestání. Odpověď, že dříve mohly plakat, ale nyní to nedokážu, i kdyby chtěly, označilo 6% žen. Zvýšená plačtivost, je příznakem depresivního onemocnění.

Otázka K – Dráždivost

Tabulka č. 17

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Nejsem podrážděnější než dříve	37	43%
Snadněji se nyní rozzlobím nebo podráždím než dříve	42	47%
Cítím se stále podrážděná	4	5%
Věci, které mne dříve dráždily, se mne nyní už nedotýkají	4	5%



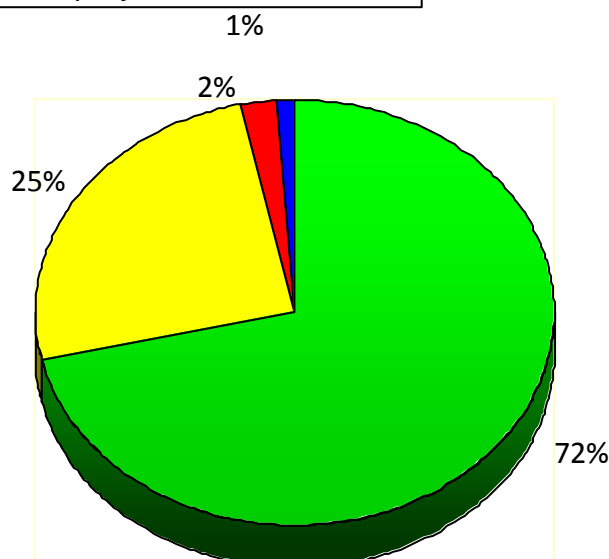
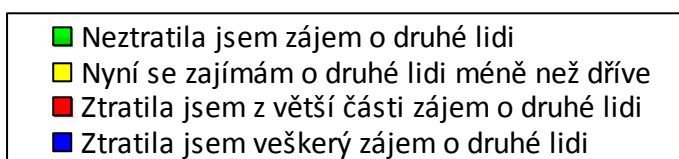
Graf č. 17

Dráždivost je dalším příznakem deprese. Na otázku ohledně podrážděnosti odpovědělo 43% dotázaných negativně, tedy že nejsou podrážděnější než dříve. Snadněji se v současné době rozzlobí nebo podráždí 47% respondentek, což může být příznak lehké deprese. Stále podrážděné se cítí 5% žen. Pocit, že věci, které je dříve dráždily, se jich nyní už nedotýkají má 5% respondentek, to vypovídá o depresi, jelikož depresivní pacient přestává mít zájem o jakékoli dění kolem sebe a zajímá ho pouze jeho vlastní smutek.

Otázka L – Narušení kontaktů

Tabulka č. 18

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Neztratila jsem zájem o druhé lidi	62	72%
Nyní se zajímám o druhé lidi méně než dříve	22	25%
Ztratila jsem z větší části zájem o druhé lidi	2	2%
Ztratila jsem veškerý zájem o druhé lidi	1	1%



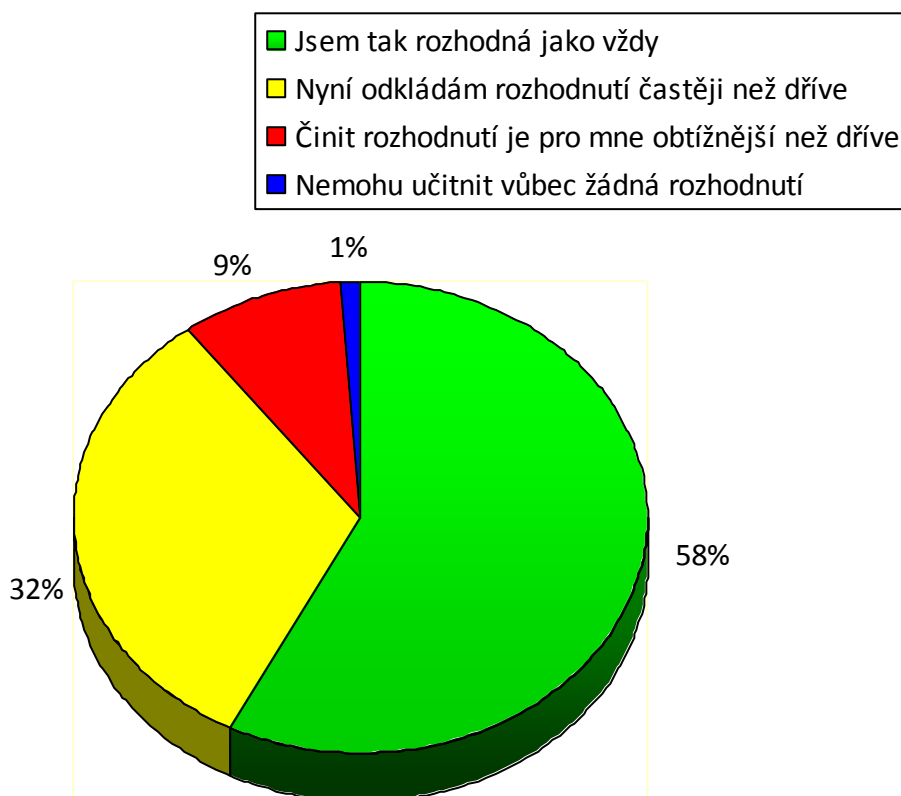
Graf č. 19

Depresivní pacient ztrácí zájem o své okolí a o kontakt s lidmi. Tímto problémem netrpí 72% dotázaných. O druhé lidi se zajímá nyní méně 25% dotázaných, ale to nemusí být příznak deprese, může to být například z důvodu narození dítěte, kdy matka věnuje veškerý čas svému narozenému dítěti, které je pro matku přednější než ostatní lidé. Z větší části ztratilo zájem o druhé lidi 2% respondentek a veškerý zájem o druhé lidi ztratilo 1% respondentek, což je příznak depresivního onemocnění

Otázka M – Neschopnost rozhodování

Tabulka č. 19

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Jsem tak rozhodná jako vždy	50	58%
Nyní odkládám rozhodnutí častěji než dříve	28	32%
Činit rozhodnutí je pro mne obtížnější než dříve	8	9%
Nemohu učinit vůbec žádná rozhodnutí	1	1%



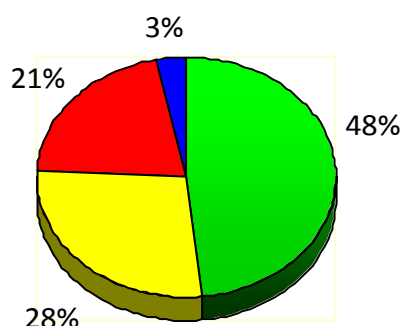
Graf č. 19

Tak rozhodné, jako vždy byly je 58% respondentek. Častěji odkládá svá rozhodnutí v poslední době 32% dotázaných žen. Činit rozhodnutí je obtížnější než v minulosti pro 9% respondentek, to může být příznak depresivního onemocnění, protože činit jakékoli rozhodnutí je obtížné pro depresivní pacienty. Vůbec žádná rozhodnutí nemůže učinit 1 % dotázaných, což je příznak deprese.

Otázka N – Negativní představy o sobě samém

Tabulka č. 20

Odpoověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Nemám pocit, že bych vypadala hůře než dříve	42	48%
Dělám si starosti, že vypadám staře nebo neatraktivně	24	28%
Mám pocit, že se v mém vzhledu dostavily změny, které mne činí neatraktivní	18	21%
Jsem ošklivá	3	3%



■	Nemám pocit, že bych vypadala hůře než dříve
■	Dělám si starosti, že vypadám staře nebo neatraktivně
■	Mám pocit, že se v mém vzhledu dostavily změny, které mne činí neatraktivní
■	Jsem ošklivá

Graf č. 20

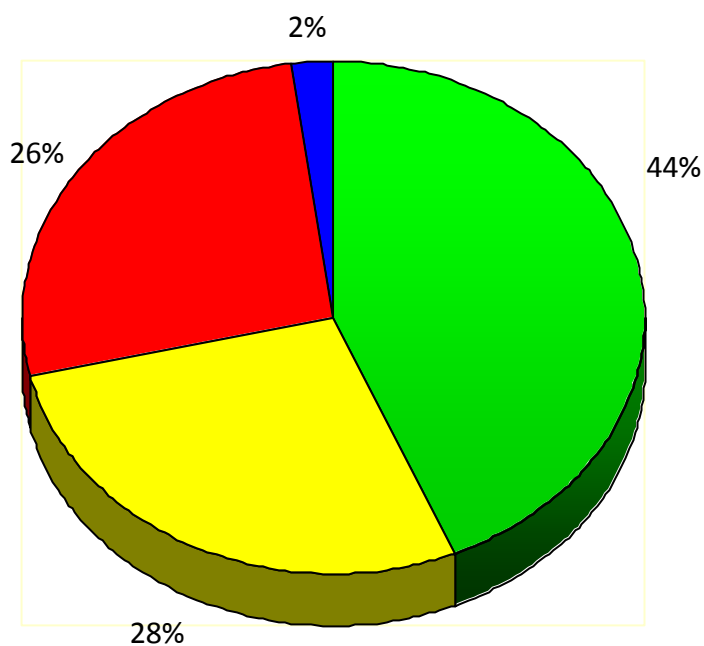
Negativní představy o sobě samém a pocit neatraktivnosti pro okolí, je příznak deprese. Pocit, že jsou ošklivé má 3% dotázaných žen. Pocit, že se v jejich vzhledu dostavilo změn, které je činí neatraktivní má 21% dotázaných žen, ale dle mého názoru nemusí označení této odpovědi svědčit o příznaku deprese, protože čím jsou ženy starší, tím mají více vrásek a projevů stárnutí, které jim dodávají pocit, že nejsou již tak atraktivní jako v mládí, což platí i pro ženy, které zaškrtnly možnost „ dělám si starosti, že vypadám staře nebo neatraktivně“, kterou označilo 28% dotázaných. Naopak žádné problémy se svým vzhledem má 48% dotázaných žen. Vysoká procentuální četnost této odpovědi však může být způsobena vysokým počtem žen, které v době vyplňování dotazníku byly v období časně dospělosti, což znamená ve věku mezi 20 – 30 lety.

Otázka O – Neschopnost práce

Tabulka č. 21

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Mohu pracovat tak dobře jako dříve	38	44%
Musím se rozhodnout, než se dám do práce	24	28%
Musím se do každé činnosti nutit	23	26%
Nejsem schopna pracovat	2	2%

■ Mohu pracovat tak dobře jako dříve	■ Musím se rozhodnout, než se dám do práce
■ Musím se do každé činnosti nutit	■ Nejsem schopna pracovat



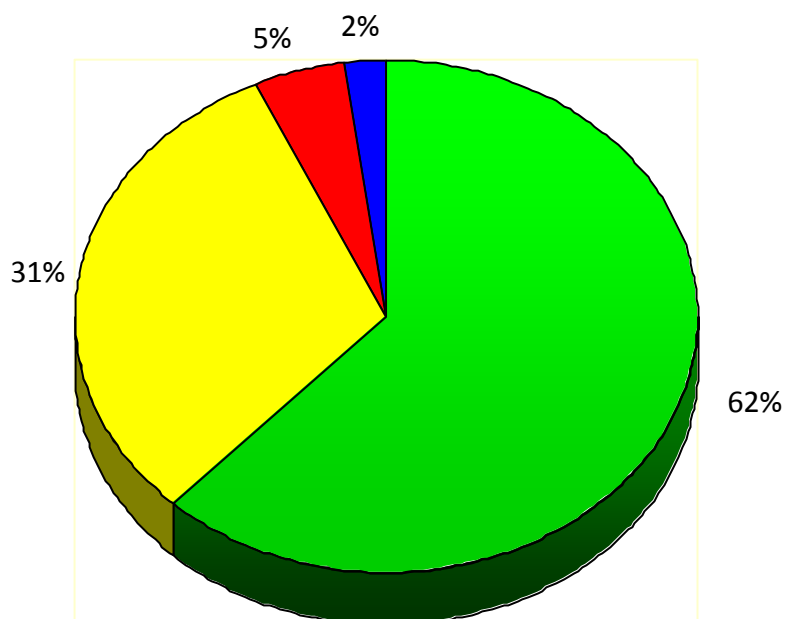
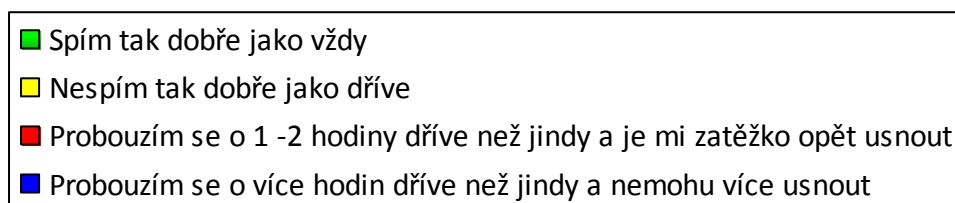
Graf č. 21

Lidé, kteří trpí depresivním onemocněním, nejsou schopni práce a je pro ně velice těžké konat jakoukoli činnost. U těžkých případů deprese není pacient schopen se postarat ani sám o sebe. Neschopností pracovat trpí 2% dotázaných, což svědčí o depresivním onemocnění. Do každé činnosti se musí nutit 26% respondentek. Nutnost se rozhodnout, než se dají do práce má 28% dotázaných žen a žádné problémy s prací má 44% respondentek.

Otázka P – Poruchy spánku

Tabulka č. 22

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Spím tak dobře jako vždy	54	62%
Nespím tak dobře jako dříve	27	31%
Probouzím se o 1-2 hodiny dříve než jindy a je mi zatěžko opět usnout	4	5%
Probouzím se o více hodin dříve než jindy a nemohu více usnout	2	2%



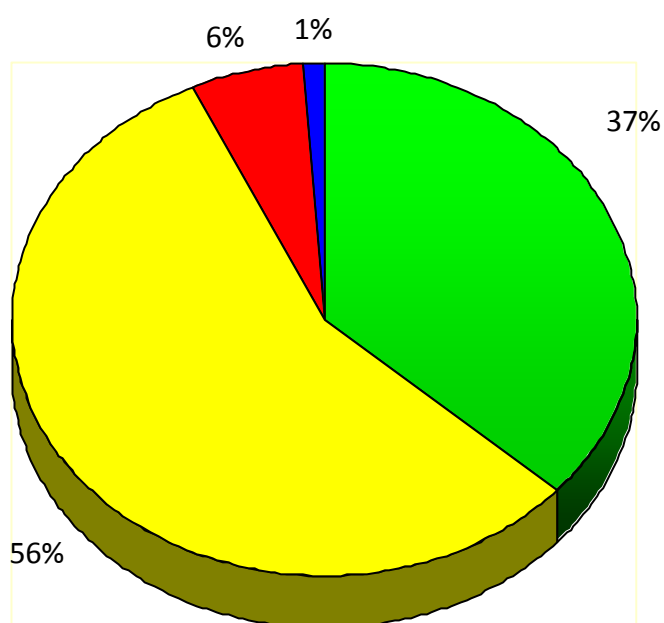
Graf č. 22

Problémy se spánkem netrpí 62% respondentek, tak dobře jako dříve nespí 31% respondentek. Problémy se spánkem, které mohou být příznaky deprese má dohromady 7% respondentek. 5% se probouzí o 1-2 hodiny dříve a je jim zatěžko opět usnout a 2% se probouzí o více než 1-2 hodiny dříve než jindy a nemohou již více usnout.

Otázka Q – Únavnost

Tabulka č. 23

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Neunavím se snadněji než dříve	32	37%
Unavím se rychleji než dříve	49	56%
Téměř vše mne unaví	5	6%
Jsem příliš unavena, než abych něco udělal	1	1%



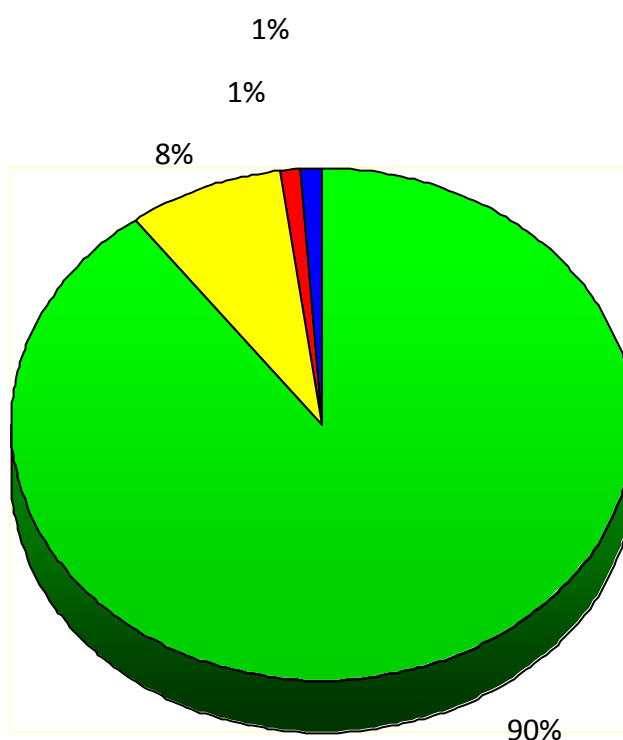
Graf č. 23

Dalším příznakem deprese může být únava, problémy s únavou nemá 37% dotázaných. Odpověď, že se unaví rychleji, než dříve odpovědělo 56% dotázaných. Odpověď „Téměř vše mne unaví“ označilo 6% respondentek a 1% dotázaných je příliš unaveno, než aby něco dělaly. Tento příznak deprese je ze všech ostatních příznaků nejčastější, až 63% žen má problémy s alespoň lehkou únavou, ale nemusí to nutně znamenat, že ženy trpí depresivním onemocněním.

Otázka R – Ztráta chuti

Tabulka č. 24

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Nemám horší chuť než dříve	78	90%
Má chuť není tak dobrá jako dříve	7	8%
Má chuť se silně zhoršila	1	1%
Nemám už žádnou chuť	1	1%



Graf č. 24

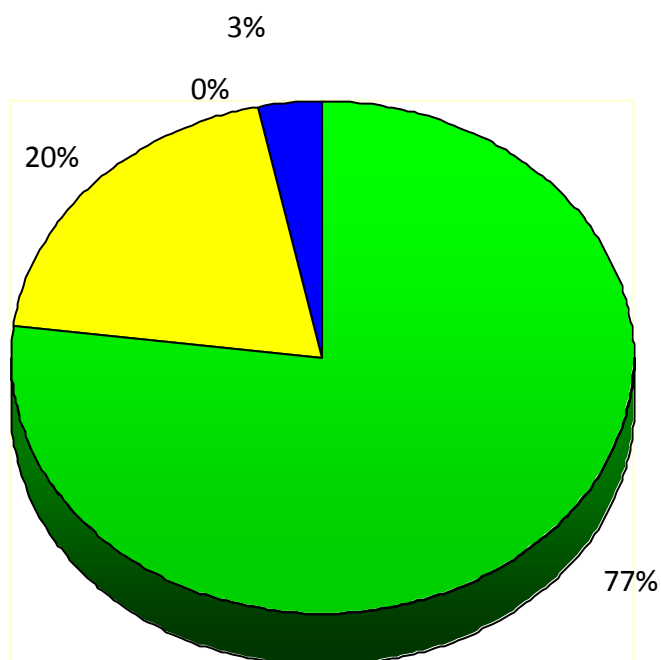
Zhoršená chuť nebo i ztráta chuti je příznak deprese. Horší chuť než dříve nemá 90% dotázaných žen. Chuť nemá tak dobrou jako dříve 8% respondentek. Chuť se silně zhoršila u 1% dotázaných a chuť ztratilo 1% dotázaných žen, což může být příznak těžké formy deprese.

Otázka S – Úbytek na váze

Tabulka č. 25

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
V poslední době jsem sotva ubrala na váze	67	77%
Ubrala jsem víc než dva kilogramy	17	20%
Ubrala jsem víc než 5 kilogramů	0	0%
Ubrala jsem víc než 8 kilogramů	3	3%

■ V poslední době jsem sotva ubrala na váze	■ Ubrala jsem víc než dva kilogramy
■ Ubrala jsem víc než 5 kilogramů	■ Ubrala jsem víc než 8 kilogramů



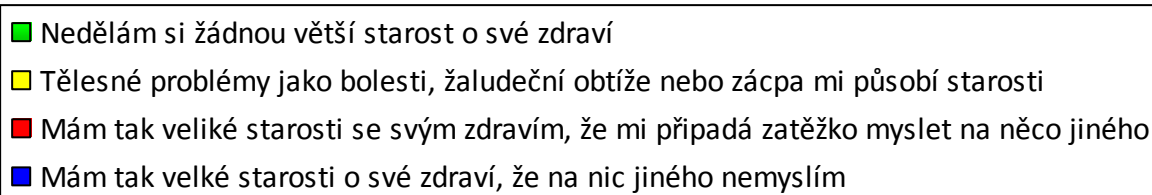
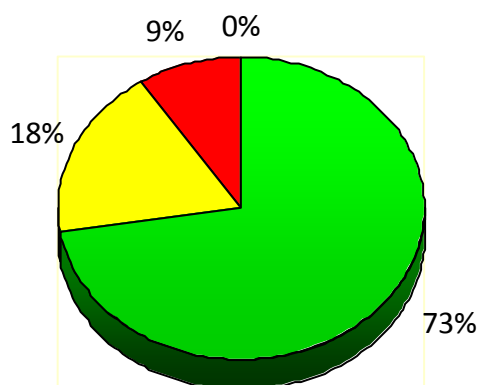
Graf č. 25

Žádnou nebo jen malou ztrátu na váze zaznamenalo 77% dotázaných. Více než 2 kilogramy ubralo na váze 20% respondentek. Více než 5 kilogramů neubrala žádná z respondentek, ale více než 8 kilogramů ubralo 3% respondentek, což může být jeden z příznaků depresivního onemocnění.

Otázka T – Hypochondrie (těžkomyslnost, splín)

Tabulka č. 26

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Nedělám si žádnou větší starost o své zdraví	63	73%
Tělesné problémy jako bolesti, žaludeční obtíže nebo zácpa mi působí starosti	16	18%
Mám tak veliké starosti se svým zdravím, že mi připadá zatěžko myslet na něco jiného	8	9%
Mám tak velké starosti o své zdraví, že na nic jiného nemyslím	0	0%



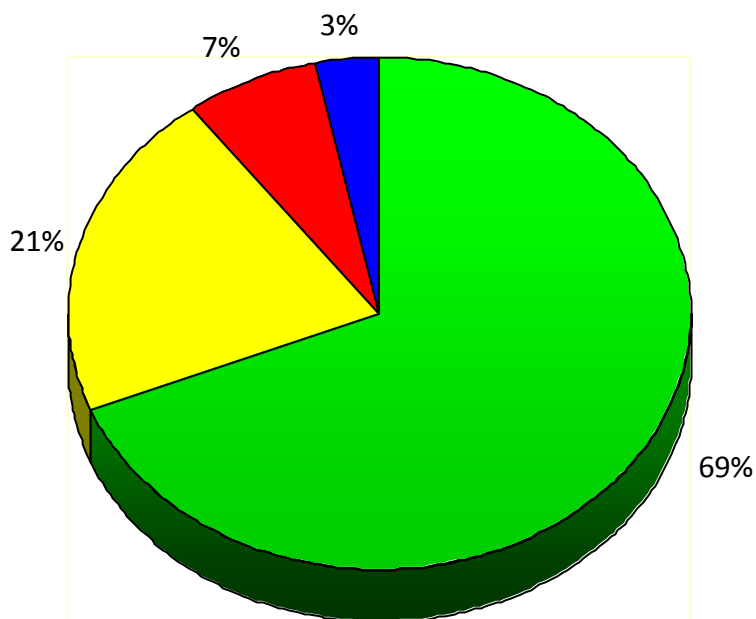
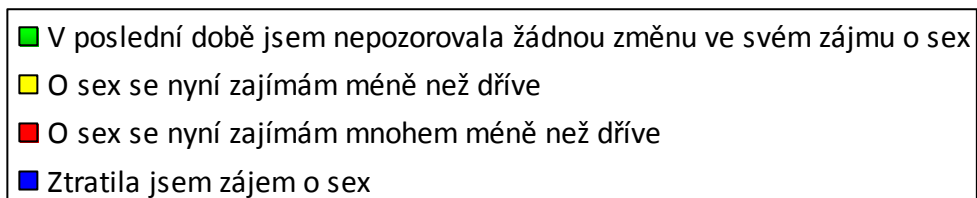
Graf č. 26

Žádnou větší starost o své zdraví si nedělá 73% dotázaných žen. Tělesné problémy jako bolesti, žaludeční nebo zácpa působí starosti 18% respondentek. Tak veliké starosti se svým zdravím, že jim ne zatěžko myslet na něco jiného má 9% dotázaných. Tak veliké starosti o své zdraví, že na nic jiného nemyslí, nemá žádná dotázaná žena.

Otázka U – Ztráta libida (sexuálních zájmů)

Tabulka č. 27

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
V poslední době jsem nepozorovala žádnou změnu ve svém zájmu o sex	60	69%
O sex se nyní zajímám méně než dříve	18	21%
O sex se nyní zajímám mnohem méně než dříve	6	7%
Ztratila jsem zájem o sex	3	3%



Graf č. 27

Ve svém zájmu o sex nepozorovalo žádnou změnu 69% respondentek. Méně než dříve se nyní o sex zajímá 21% dotázaných žen. Mnohem méně se nyní o sex zajímá 7% dotázaných a zájem o sex ztratilo 3% dotázaných.

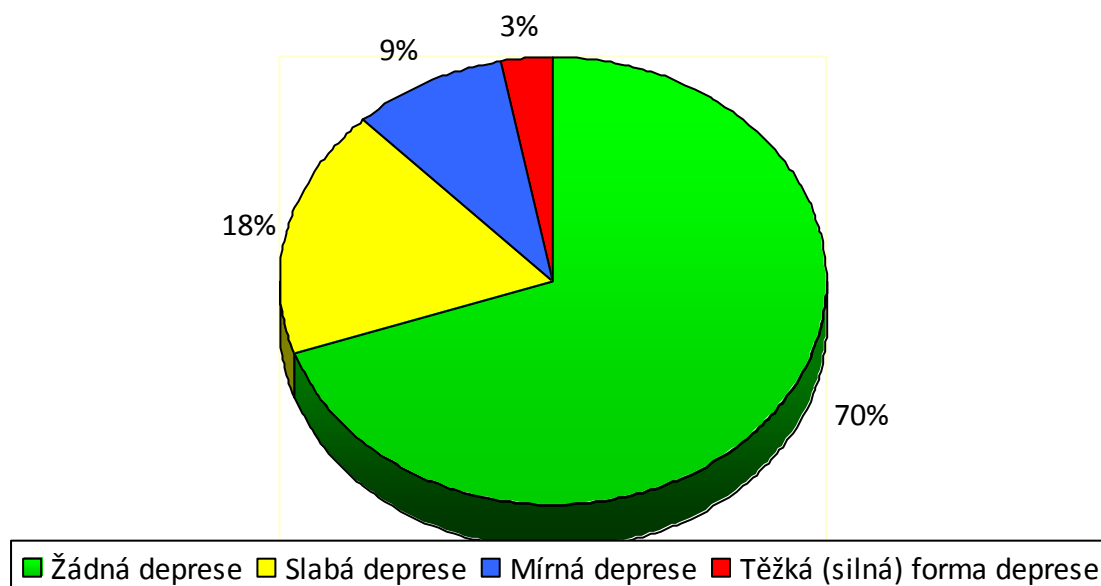
7 Míra deprese a celkové shrnutí výsledků

7.1 Míra deprese u žen v závislosti na věku

Míra deprese u žen v časně dospělosti (tj. ve věku 20 – 30 let)

Tabulka č. 28

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	46	70%
Slabá deprese	12	18%
Mírná deprese	6	9%
Těžká (silná) forma deprese	2	3%



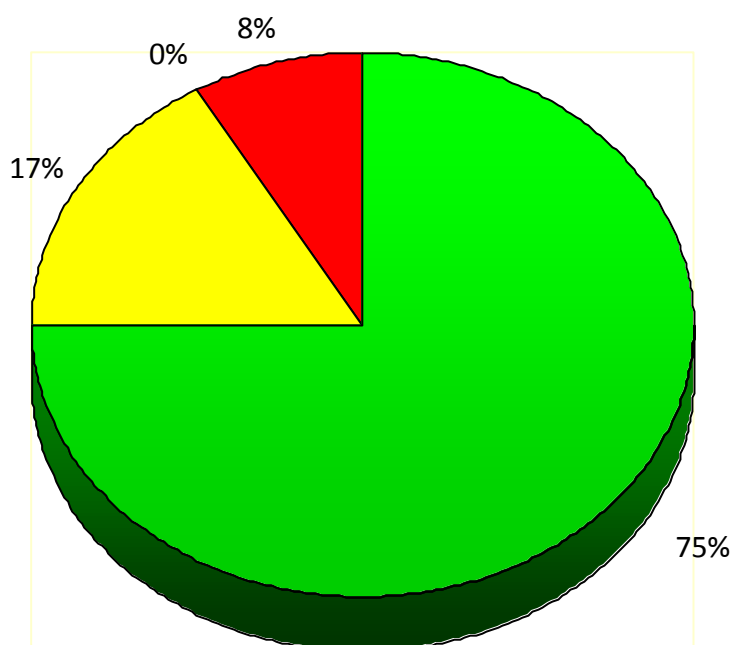
Graf č. 28

70% žen v časně dospělosti (tj. mezi 20 – 30 rokem života) nemá problém s depresivním onemocněním. 18% žen trpí slabou depresí, která může být vyvolána změnou životního stylu, ukončením vzdělávání nebo hledáním práce. V období časně dospělosti ženy opouští své rodiče a zakládají si vlastní rodiny, i toto může být spouštěčem deprese. Mírnou depresí trpí 9% dotázaných a těžkou formou deprese trpí 3% respondentek v časně dospělosti.

Míra deprese u žen v období střední dospělosti (tj. mezi 31 – 45 rokem života)

Tabulka č. 29

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	9	75%
Slabá deprese	2	17%
Mírná deprese	0	0%
Těžká (silná) forma deprese	1	8%



■ Žádná deprese ■ Slabá deprese ■ Mírná deprese ■ Těžká (silná) forma deprese

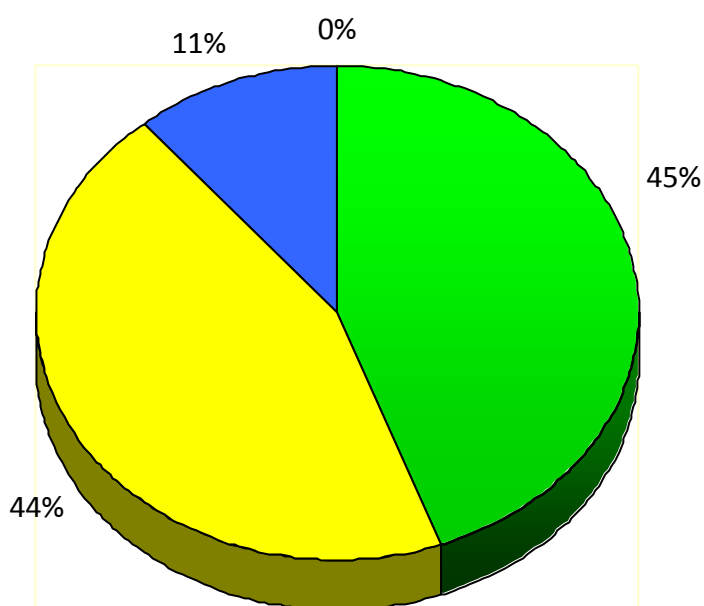
Graf č. 29

Z celkového počtu 12 respondentek ve věku 31 – 45 let netrpí žádnou formou deprese 75% dotázaných, což je o 5 procentních bodů více než u žen v období časně dospělosti. Může to být způsobeno faktem, že toto období již není obdobím velkého množství změn. Ženy obvykle mají děti, partnery a stálou práci. Slabou depresí trpí 17% dotázaných a těžkou formou deprese trpí 8% respondentek. Respondentky, které trpí těžkou formou deprese, mohou procházet těžkým obdobím rozvodu, ztráty zaměstnání nebo úmrtí v rodině.

Míra deprese u žen v období pozdní dospělosti (tj. ve věku mezi 46 – 65 rokem života)

Tabulka č. 30

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	4	45%
Slabá deprese	4	44%
Mírná deprese	1	11%
Těžká (silná) forma deprese	0	0%



■ Žádná deprese ■ Slabá deprese ■ Mírná deprese ■ Těžká (silná) forma deprese

Graf č. 30

44% žen v pozdní dospělosti trpí slabou depresí, což více než u žen v časně dospělosti nebo střední dospělosti. Tento stav může být způsoben menoupauzou, ženy si uvědomí, že již nejsou mladé a větší část života mají za sebou. Mírnou depresí trpí 11% žen v pozdní dospělosti a žádnou depresí trpí 45% žen v pozdní dospělosti

Přehledová tabulka – Deprese u žen v závislosti na věku

Tabulka č. 31

Míra deprese	Procentuální četnost deprese u žen ve věku 20 - 30 let (časná dospělost)	Procentuální četnost deprese u žen ve věku 31 – 45 let (střední dospělost)	Procentuální četnost deprese u žen ve věku 46 – 65 let (pozdní dospělost)
Žádná deprese	70%	75%	45%
Slabá deprese	18%	17%	44%
Mírná deprese	9%	0%	11%
Těžká forma deprese	3%	8%	0%

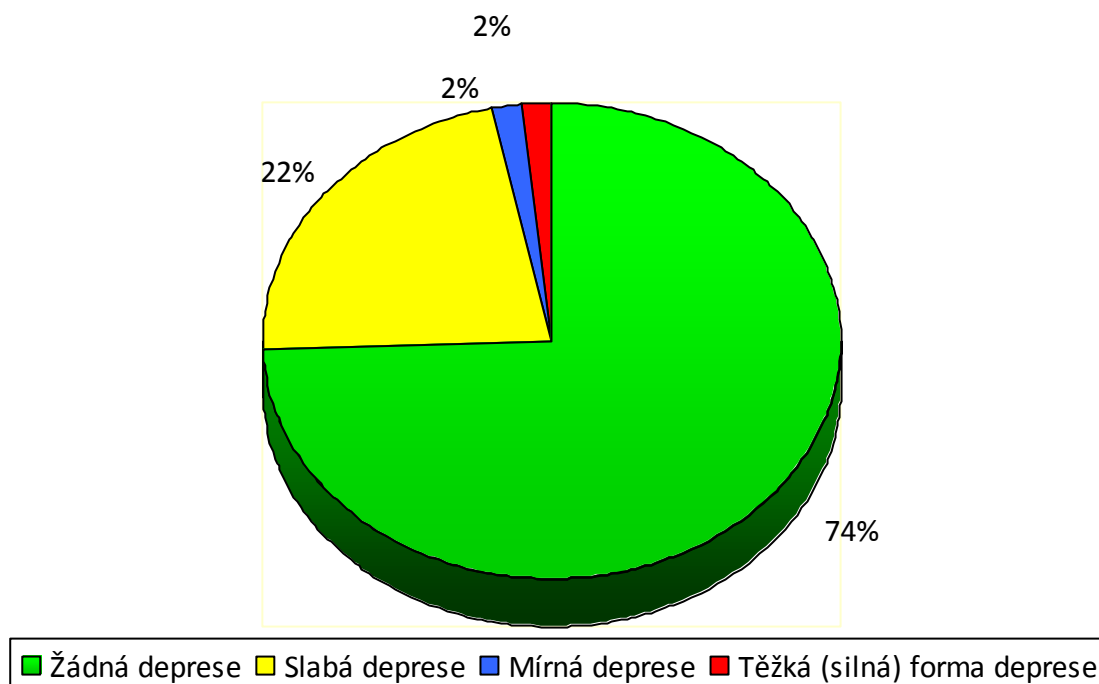
Z tabulky č. 31 lze vyvodit, že problémy s depresí nemá 70% žen v období časně dospělosti, což je o 5% méně než u žen v období střední dospělosti, u nichž je procentuální četnost 75%. Problémy s žádnou formou deprese nemá 45% žen v pozdní dospělosti, což je o 30% méně než u žen v období střední dospělosti a o 25% méně než u žen v období časně dospělosti. Ženy v období pozdní dospělosti trpí nejvíce slabou formou deprese (44%), což je poměrně vysoké číslo v porovnání s ženami v období střední dospělosti (17%) a časně dospělosti (18%). Největší zásluhu na vysoké míře slabé deprese u žen v pozdní dospělosti má nejspíše faktor stáří, ženy se musí vypořádat s prvními signály biologického stárnutí a přizpůsobení svého životního tempa aktuálním možnostem. Menopauza může být také jedna z příčin slabé deprese, protože dochází ke změně hladiny hormonů v těle ženy, což může mít za následek zvýšenou úzkostnost, podrážděnost a deprese. Výsledky tohoto hodnocení mohou být bohužel zkreslené, protože se nám nepodařilo získat stejný počet respondentů od každého období dospělosti.

7.2 Míra deprese u žen závislosti na jejich rodinném stavu

Míra deprese u svobodných žen

Tabulka č. 32

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	44	74%
Slabá deprese	13	22%
Mírná deprese	1	2%
Těžká (silná) forma deprese	1	2%



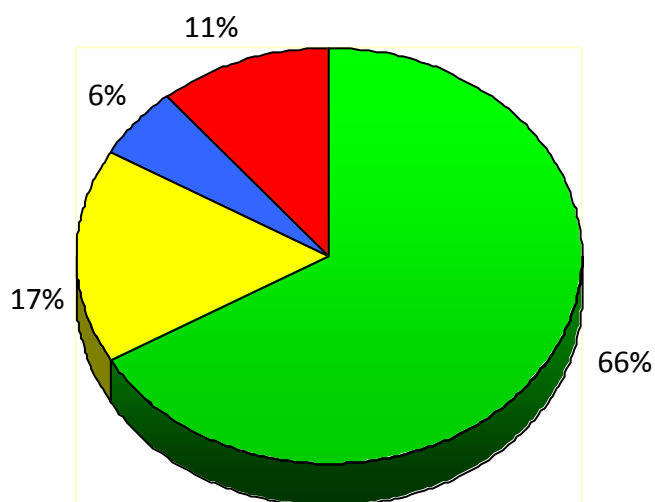
Graf č. 31

74% svobodných žen, netrpí žádnou formou deprese. 22% svobodných žen trpí slabou formou deprese, mírnou formou deprese trpí 2% respondentek a 2% dotazovaných má těžkou formu deprese.

Míra deprese u vdaných žen

Tabulka č. 33

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	12	66%
Slabá deprese	3	17%
Mírná deprese	1	6%
Těžká (silná) forma deprese	2	11%



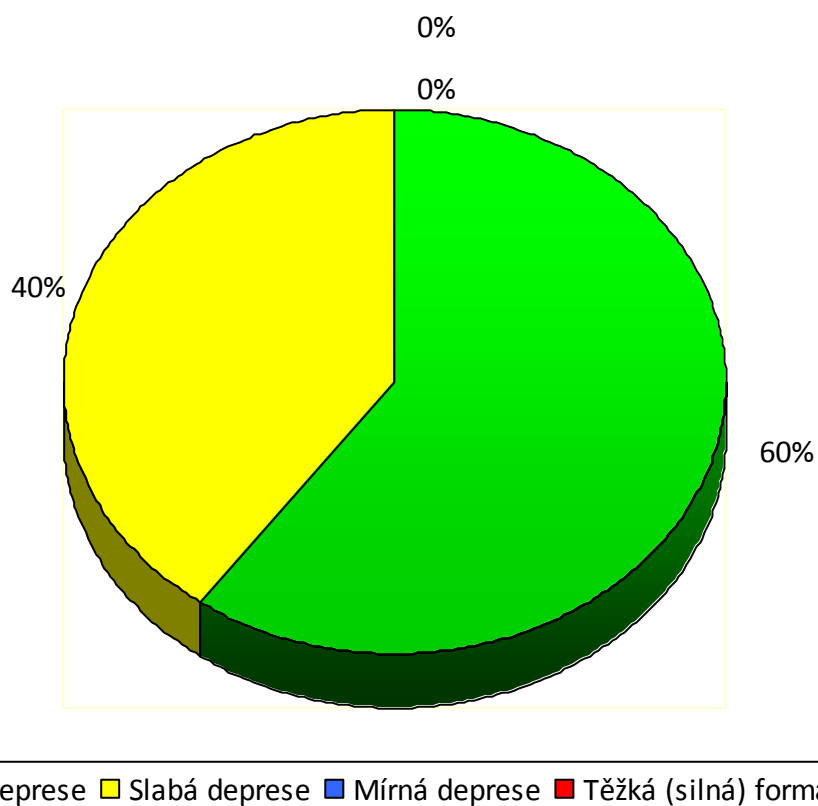
Graf č. 32

Vdaných žen, které netrpí žádnou formou deprese je oproti svobodným ženám o 8 procent méně, tedy 66%. Vdaných žen, které trpí slabou formou deprese je 17%. Žen, které trpí mírnou depresí je 6% a 11% vdaných žen trpí těžkou formou deprese. Deprese mohou být způsobeny partnerskými problémy, problémy s dětmi nebo nedostatkem peněz na domácnost.

Míra deprese u rozvedených žen

Tabulka č. 34

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	3	60%
Slabá deprese	2	40%
Mírná deprese	0	0%
Těžká (silná) forma deprese	0	0%



Graf č. 33

Rozvedených žen, které netrpí žádnou formou deprese je 60%, žen které trpí slabou depresí je 40%, žádná žena netrpí mírnou nebo těžkou formou deprese. Tento fakt je možná způsoben tím, že mnoha ženám, jejichž manželství bylo plné hádek a nepochopení se po rozvodu ulevilo

Přehledová tabulka – Míra deprese u žen v závislosti na jejich rodinném stavu

Tabulka č. 35

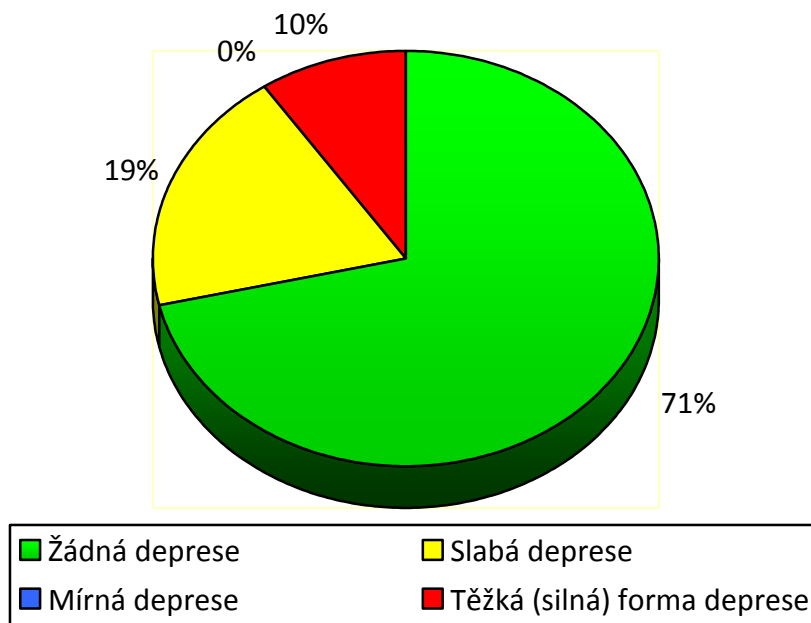
Míra deprese	Procentuální četnost deprese u svobodných žen	Procentuální četnost deprese u vdaných žen	Procentuální četnost deprese rozvedených žen
Žádná deprese	74%	66%	60%
Slabá deprese	22%	17%	40%
Mírná deprese	2%	6%	0%
Těžká forma deprese	2%	11%	0%

Největší procentuální četnost žen, které netrpí žádnou formou deprese je u svobodných žen (74%), vdané ženy nemají problémy s depresivním onemocněním v 66% vyhodnocených dotazníků. Nejmenší procentuální četnost žen, které nemají problémy s depresivním onemocněním je u rozvedených žen. Slabou depresí trpí 22% svobodných žen, což je o 5% více než u vdaných žen. Mírnou depresí trpí pouhá 2% svobodných respondentek a 6% vdaných respondentek. Těžkou formou deprese trpí 2% svobodných žen a 11% vdaných žen. Vysoká procentuální četnost vdaných žen, které trpí těžkou depresí, je pravděpodobně způsobena problémy v rodině a neshodami s partnerem.

7.3 Míra deprese u žen s alespoň jedním dítětem

Tabulka č. 36

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	15	71%
Slabá deprese	4	19%
Mírná deprese	0	0%
Těžká (silná) forma deprese	2	10%



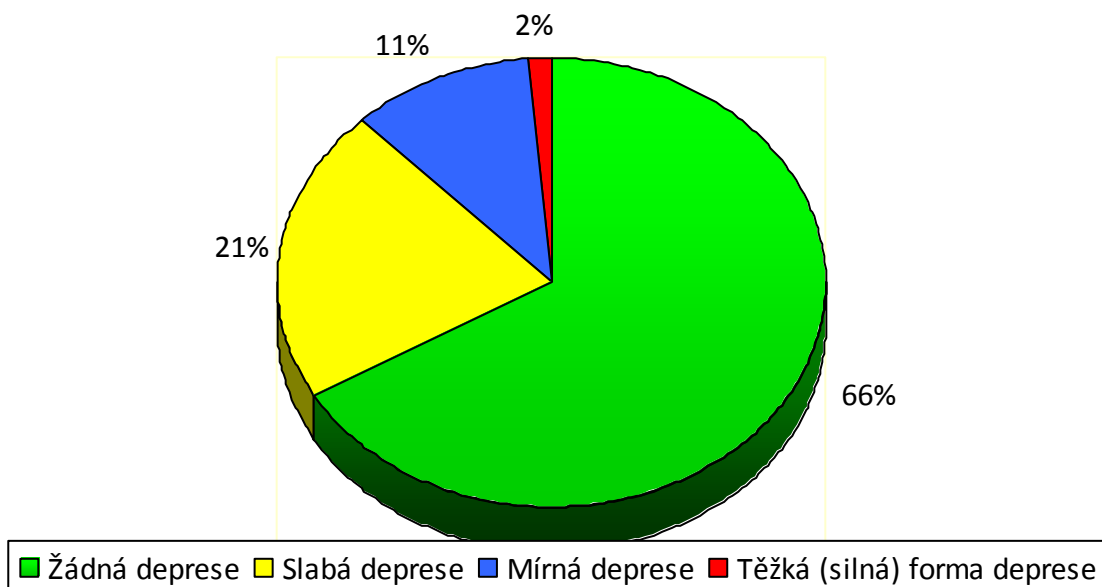
Graf č. 34

Ženy s jedním s alespoň jedním dítětem nemají z 71% žádné deprese, ale 19% žen trpí slabou depresí. Mírnou depresí netrpí žádná z dotazovaných žen, ale 10% žen s alespoň jedním dítětem trpí těžkou formou deprese. To může být způsobeno stresem z výchovy dětí a nedostatkem času pro ženu samotnou.

7.4 Míra deprese u bezdětných žen

Tabulka č. 37

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	44	66%
Slabá deprese	14	21%
Mírná deprese	7	11%
Těžká (silná) forma deprese	1	2%



Graf č. 35

66% bezdětných žen netrpí žádnou formou deprese, 21% slabou formou deprese a 11% mírnou formou deprese. 2% dotázaných bezdětných žen trpí těžkou formou deprese. Tato statistika je velmi podobná statistice, která se zabývá mírou deprese u žen v časně dospělosti, protože současný trend je mít děti v pozdějším věku, proto větší část žen v mladším věku děti ještě nemá.

Přehledová tabulka – Míra deprese u žen v závislosti na dětech

Tabulka č. 38

Míra deprese	Procentuální četnost deprese u žen s alespoň jedním dítětem	Procentuální četnost deprese u bezdětných žen
Žádná deprese	71%	66%
Slabá deprese	19%	21%
Mírná deprese	0%	11%
Těžká forma deprese	10%	2%

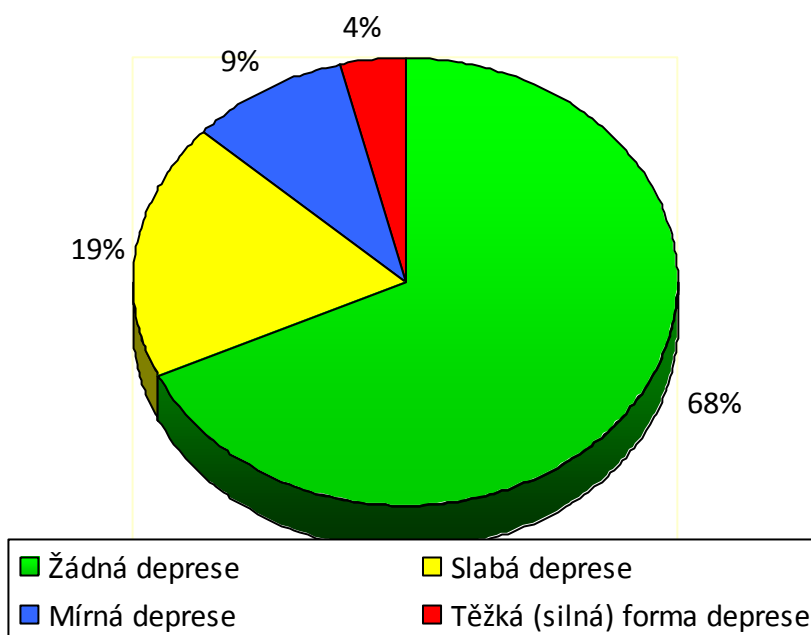
V celkovém shrnutí mají menší procentuální četnost deprese ženy, které děti mají, avšak v 10% případů trpí těžkou formou deprese, což bezdětné ženy trpí pouze u 2% případů. 19% respondentek s alespoň jedním dítětem trpí slabou formou deprese, u bezdětných žen je procentuální četnost u slabé formy deprese 21%. Musíme však brát na zřetel rozdílný počet respondentek u různých skupin.

7.5 Míra deprese u žen v závislosti na jejich nejvyšším dosaženém vzdělání

Míra deprese u žen s nejvyšším dosaženým vzděláním – Vysoká škola

Tabulka č. 39

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	35	68%
Slabá deprese	10	19%
Mírná deprese	5	9%
Těžká (silná) forma deprese	2	4%



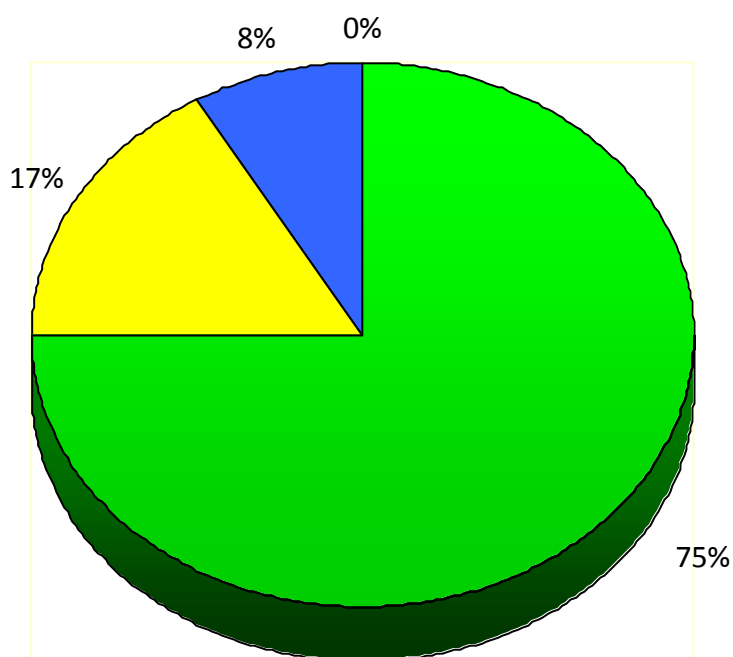
Graf č. 36

Žádnou depresi u vysokoškolsky vzdělaných, netrpí 67% žen. Slabou depresi trpí 19% žen a 10% žen trpí mírnou depesí. Těžkou formou deprese trpí 4% vysokoškolsky vzdělaných žen. Míra žen bez depresivního onemocnění je u vysokoškolsky vzdělaných žen o 7% nižší než u středoškolsky vzdělaných žen a o 18% vyšší než u vyučených žen. Tento výsledek může být způsoben faktem, že větší část žen, které jsou vysokoškolsky vzdělané, stále studují vysokou školu a proto je míra zátěže a stresu pro ně vyšší.

Míra deprese u žen s nejvyšším dosaženým vzděláním - Střední škola

Tabulka č. 40

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	18	75%
Slabá deprese	4	17%
Mírná deprese	2	8%
Těžká (silná) forma deprese	0	0%



■ Žádná deprese ■ Slabá deprese ■ Mírná deprese ■ Těžká (silná) forma deprese

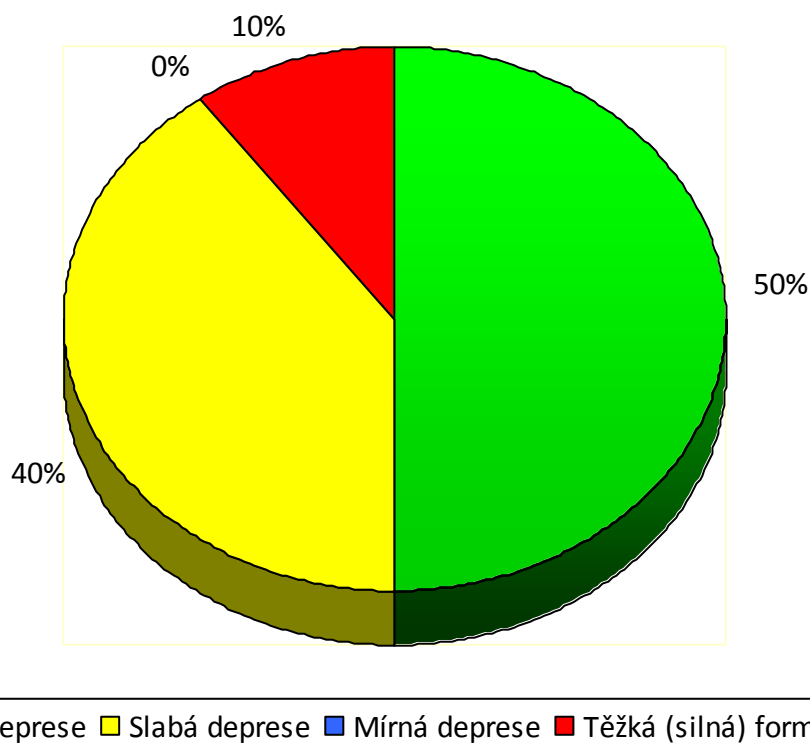
Graf č. 37

Ženy s nejvyšším dosaženým vzděláním – střední škola trpí mírnou depresí v 8% případech, 17% trpí slabou depresí a žádnou depresí netrpí 75% dotázaných středoškolsky vzdělaných žen.

Míra deprese u žen s nejvyšším dosaženým vzděláním – Učiliště

Tabulka č. 41

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	5	50%
Slabá deprese	4	40%
Mírná deprese	0	0%
Těžká (silná) forma deprese	1	10%



Graf č. 38

Žádnou depresi netrpí 50% vyučených žen. 40% vyučených žen trpí slabou depresí a 10% trpí těžkou formou deprese. Vyšší míra deprese u vyučených žen je zřejmě způsobena nižším postavením v zaměstnání a obecně nižším platovým ohodnocením než u žen se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Tato statistika potvrdila naše předpoklady, že vyšší míra deprese postihuje ženy s nižším vzděláním.

Přehledová tabulka – Míra deprese u žen v závislosti na jejich nejvyšším dosaženém vzdělání

Tabulka č. 42

Míra deprese	Procentuální četnost deprese u žen s nejvyšším dosaženým vzděláním - VŠ	Procentuální četnost deprese u žen s nejvyšším dosaženým vzděláním – SŠ	Procentuální četnost deprese u žen s nejvyšším dosaženým vzděláním - Učiliště
Žádná deprese	68%	75%	50%
Slabá deprese	19%	17%	40%
Mírná deprese	9%	8%	0%
Těžká forma deprese	4%	0%	10%

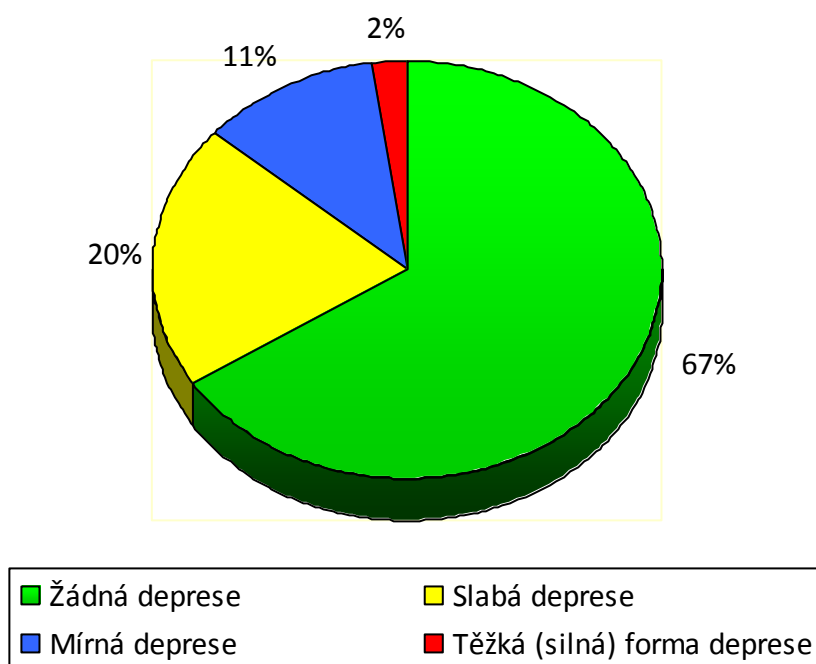
Nejnižší procentuální četností deprese mají ženy, jejichž nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, to je o 7% více než u vysokoškolsky vzdělaných žen. Tento výsledek však může být ovlivněn faktem, že větší část vysokoškolsky vzdělaných žen stále studuje. Jsou proto vystaveny stresu ze zkouškového období a státních závěrečných zkoušek, to jsou faktory, které jistě procentuální četnost deprese zvyšují. Nejvyšší mírou slabé deprese trpí ženy, jejichž nejvyšší dosažené vzdělání je učiliště. Vyučené ženy zastávají povětšinou nižší funkce a nejsou dostatečně platově ohodnoceny, to může být jeden z důvodů, proč trpí 40% vyučených žen slabou formou deprese. Tato tabulka je však pouze přehledová, protože se nám nepodařilo získat od každého vzorku stejný počet respondentek.

7.6 Míra deprese u žen v závislosti na stávajícím zařazení

Míra deprese u žen v závislosti na stávajícím zařazení – Studentky

Tabulka č. 43

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	29	67%
Slabá deprese	9	20%
Mírná deprese	5	11%
Těžká (silná) forma deprese	1	2%



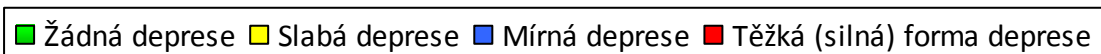
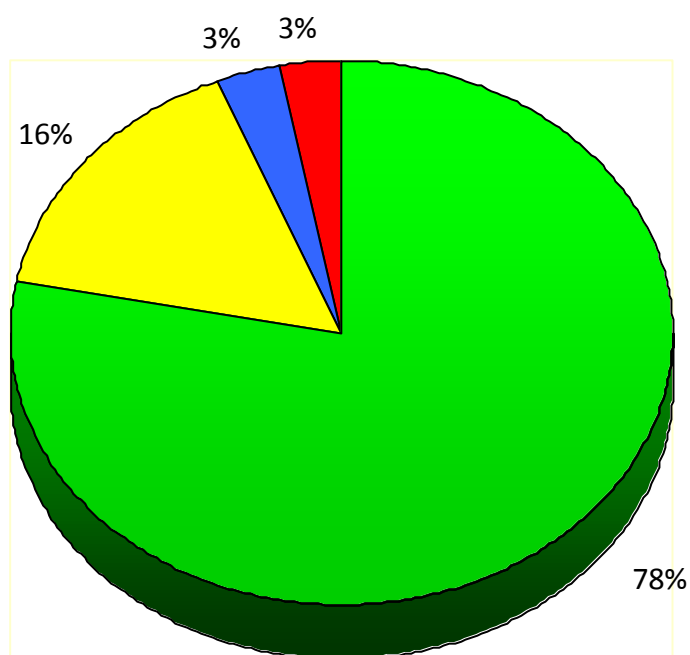
Graf č. 39

Žádnou depresí netrpí 67% dotázaných studentek, 20% jich trpí slabou depresí a 11% studentek trpí mírnou formou deprese. 2% studentek trpí těžkou formou deprese. Impulsem k depresivnímu onemocnění může u studentek být stres spojený se zkuškovým obdobím a studiem celkově, nedostatek času, spánku a peněžních prostředků k financování studia.

Míra deprese u žen dle stávajícího zařazení – zaměstnané

Tabulka č. 44

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	25	78%
Slabá deprese	5	16%
Mírná deprese	1	3%
Těžká (silná) forma deprese	1	3%



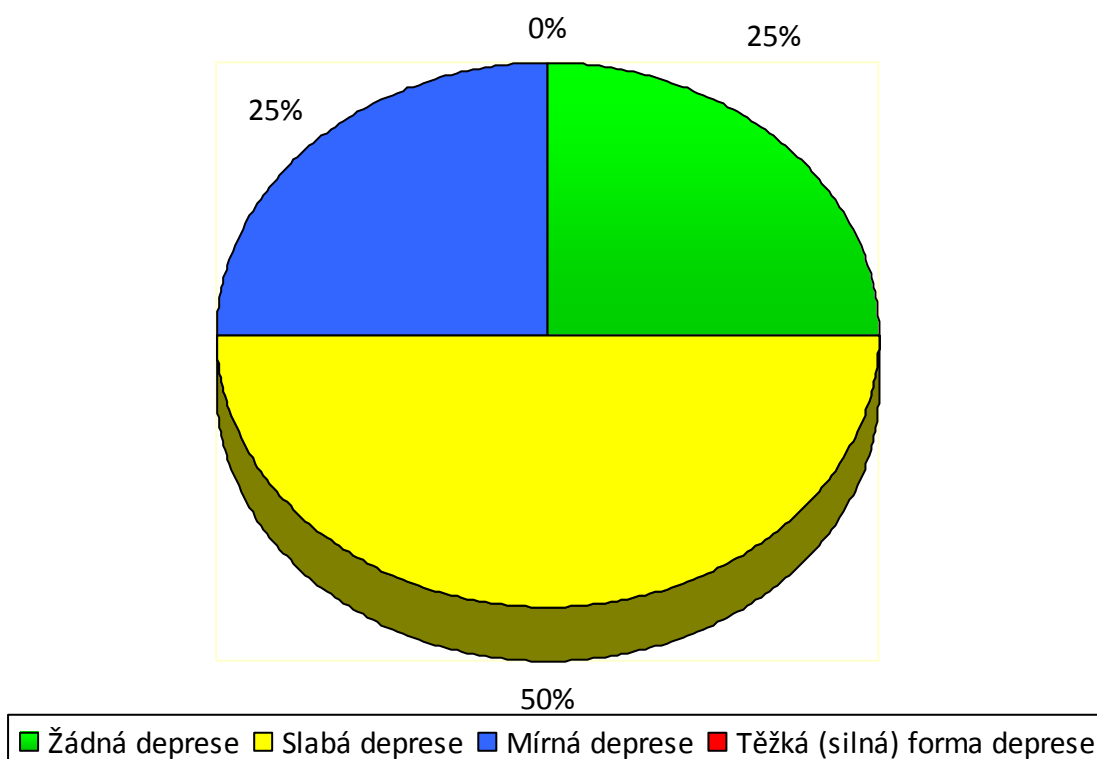
Graf č. 40

Zaměstnané ženy čelí velkému stresu a časové tísní, proto 3% zaměstnaných žen trpí těžkou formou deprese, mírnou formou deprese též trpí 3% žen. Slabou depresí trpí 16% žen a depresí netrpí 78% zaměstnaných žen.

Míra deprese u žen dle stávajícího zařazení – OSVČ

Tabulka č. 45

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	1	25%
Slabá deprese	2	50%
Mírná deprese	1	25%
Těžká (silná) forma deprese	0	0%



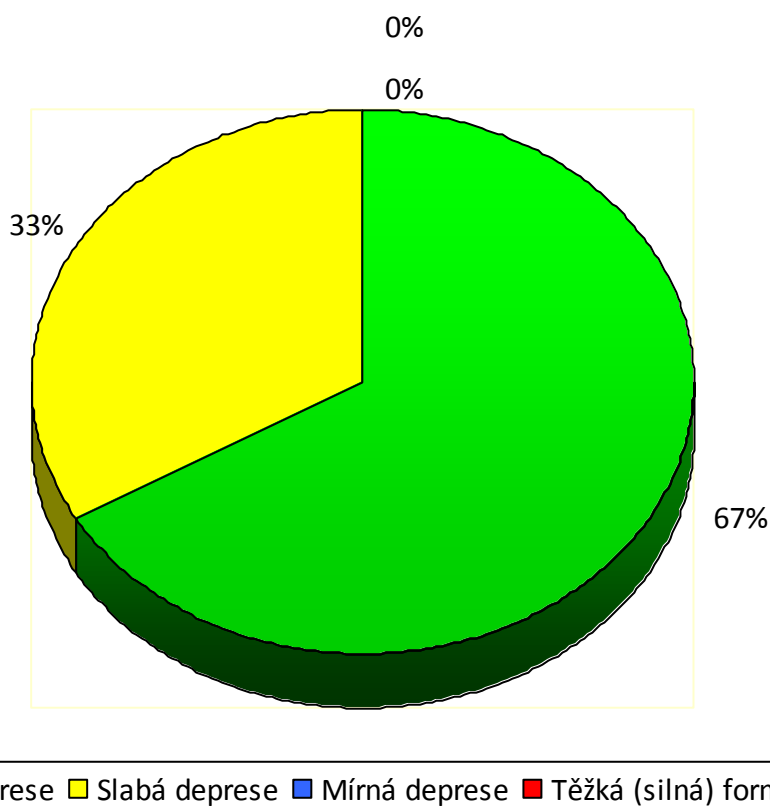
Graf č. 41

Žádnou depresí netrpí pouze 25% dotazovaných žen, které jsou osoby samostatně výdělečně činné, naopak 50% OSVČ trpí slabou depresí a 25% trpí mírnou depresí. Zvýšená míra deprese u OSVČ může být způsobena větší zodpovědností v zaměstnání, vyšší hladina stresu a nedostatkem volného času.

Míra deprese u žen dle stávajícího zařazení – nezaměstnané

Tabulka č. 46

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	2	67%
Slabá deprese	1	33%
Mírná deprese	0	0%
Těžká (silná) forma deprese	0	0%



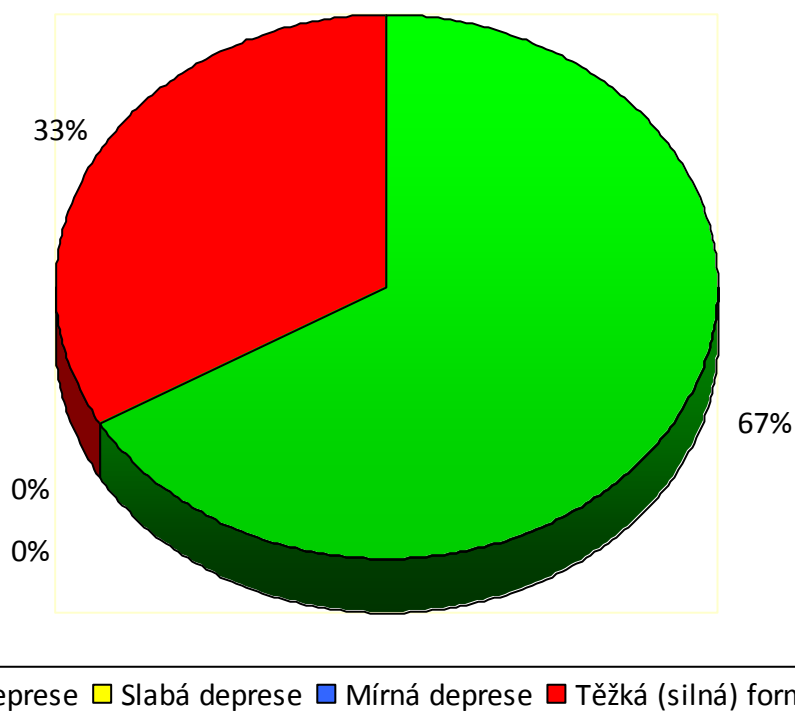
Graf č. 42

Z dotázaných žen, které byly v době vyplňování dotazníků nezaměstnané, trpělo pouze 33% slabou formou deprese, která mohla být způsobena stresem vzniklým z nezaměstnanosti a finanční tísně. 67% nezaměstnaných žen v době vyplňování dotazníku netrpělo žádnou formou deprese. V tomto bodě se naše předpoklady neshodují s výsledkem. Předpokladem bylo, že nezaměstnané ženy trpí větší mírou deprese než studentky a nezaměstnané. Výsledek však prokázal, že nezaměstnané ženy nemají problém s depresivním onemocněním ve stejné míře jako studentky (67%), avšak ženy OSVČ nemají problém s depresivním onemocněním jen v 25% případech.

Míra deprese u žen dle stávajícího zařazení – na mateřské dovolené

Tabulka č. 47

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	2	67%
Slabá deprese	0	0%
Mírná deprese	0	0%
Těžká (silná) forma deprese	1	33%



Graf č. 43

Z dotázaných žen, které byly v době vyplňování dotazníků na mateřské dovolené, depresivním syndromem netrpělo 67% žen, avšak 33% žen trpělo těžkou formou deprese. Těžká forma deprese u žen na mateřské dovolené může být způsobena porodem, ženy mohou zažívat poporodní „blues“, který se projevuje kolísáním nálady, úzkostí, přecitlivělostí. Pokud tento přechodný stav přibírá na intenzitě a neustupuje, může se jednat o poporodní deprese nebo poporodní psychózu, které jsou nebezpečné jak pro rodičku, tak pro dítě.

Přehledová tabulka – Procentuální četnost deprese u žen v závislosti na stávajícím zařazení

Tabulka č. 48

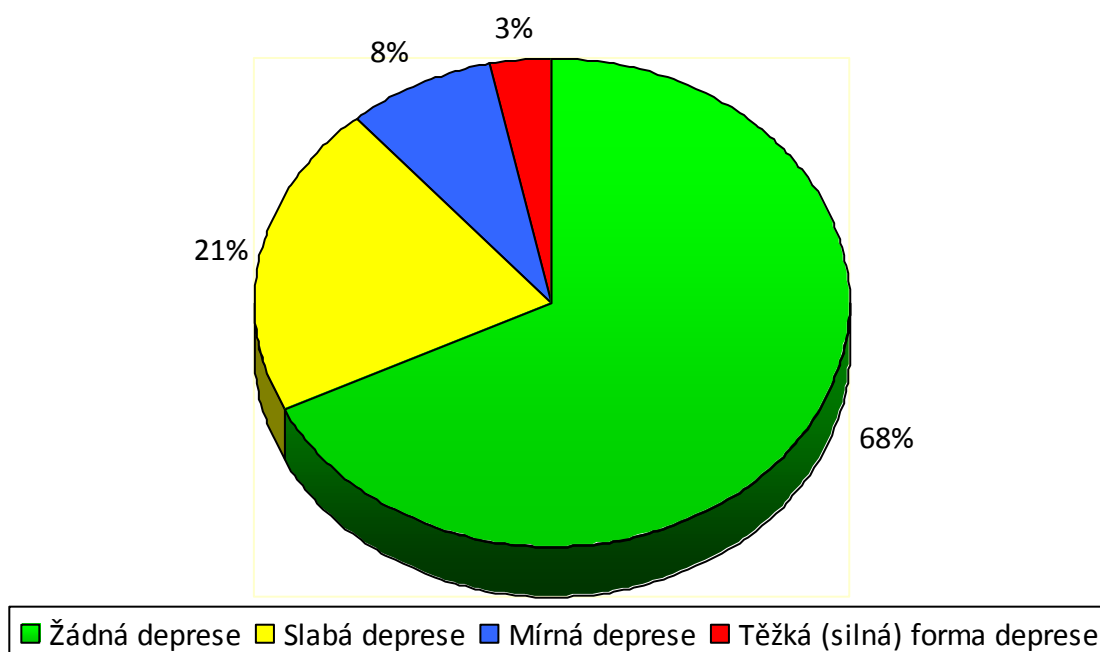
Míra deprese	Studentky	Zaměstnané	OSVČ	Nezaměstnané	Na mateřské dovolené
Žádná deprese	67%	78%	25%	67%	67%
Slabá deprese	20%	16%	50%	33%	0%
Mírná deprese	11%	3%	25%	0%	0%
Těžká forma deprese	2%	3%	0%	0%	33%

Ze zkoumaného vzorku trpí nejmenší mírou deprese zaměstnané ženy, které mají o 11% vyšší procentuální četnost výskytu žádné deprese než studentky, nezaměstnané a ženy na mateřské dovolené. Nejvyšší procentuální četností deprese mají ženy OSVČ, což může být způsobeno velkým stresem spojeným s podnikáním. Tato tabulka je pouze přehledová, protože se nám nepodařilo získat stejný počet respondentek od každé skupiny.

7.7 Celkové shrnutí výsledků

Tabulka č. 49

Odpověď	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Žádná deprese	59	67%
Slabá deprese	18	21%
Mírná deprese	7	8%
Těžká (silná) forma deprese	3	3%



Graf č. 44

V celkovém shrnutí jsme zjistili, že 68% žen netrpí žádnou formou deprese. Tyto ženy nemají větší problémy se spánkem, libidem, plačtivostí, podrážděností a dalšími projevy deprese a u většiny otázek dotazníku označily první možnost, která byla ohodnocena 0 body. 21% z celkového počtu 87 žen, které vyplnily náš dotazník, trpí slabou formou deprese, která není závažná, ale při delším trvání, je vhodné navštívit lékaře. 8% respondentek trpí mírnou formou deprese a neměly by váhat s návštěvou lékaře. 3% respondentek, trpí těžkou formou deprese a měly by se bezodkladně léčit, protože jsou již v ohrožení života. Nejčastějším příznakem deprese je zvýšená únavnost, se kterou má celkově problém 63% respondentek.

8 Kazuistika

Marie je 27 letá, bezdětná žena, pracující v dětském domově. K dětem měla vždy vřelý vztah a snažila se jim dát to nejlepší, co bylo v jejích silách. Sama děti neměla, proto k dětem v dětském domově měla osobnější vztah než pouze pracovní a bohužel si brala jejich osudy příliš osobně. Její snaha dětem pomoci byla tak velká, že se rozhodla jedno z dětí adoptovat. Dítě, které ji přirostlo nejvíce k srdci, se jmenovalo Tomáš. Půjčila si peníze, za které sehnala byt a zařídila jej dle potřeb dítěte. Když byl její byt připraven pro nastěhování dítěte, Marie se nemohla dočkat, až si jej přivede domů a budou žít jako šťastná rodina. Adopce nebyla bohužel schválena. Marii se zhroutil celý svět. Útulný byt, připravený na nastěhování dítěte, byl najednou příliš velký a prázdný. Byt sehnala kvůli dítěti, vymalovala a vše co dělala, dělala pro dítě, najednou nemá pro co žít. Několik dní je pouze zavřená v pracovně, kam si přendala i matraci z ložnice. Vychází, jen když musí na toaletu. Marie začíná trpět halucinacemi, stále slyší Tomášův dětský smích, běhání po bytě, volání. Jedné noci je jeho volání tak silné, že se jde přesvědčit do ložnice, jestli tam neleží. Stojí nad postýlkou a říká si sama pro sebe, že už to musí skončit. Plná bolesti a zuřivosti z bezmoci se snaží složit prázdnou postýlku, aby ji mohla uklidit do sklepa. Ať se snaží sebevíc, postýlka nejde povolit. Slyší Tomášův hlas, jak ji napomíná, že to nesmí udělat, když tam spinká. Nakonec boj s postýlkou vzdává. Marie se vrací zpět do pracovny a sama sobě říká, že je blázen, když si povídá s prázdným pokojem. Náhle však slyší dětský smích z ložnice. Marie zavírá dveře od pracovny a křičí: „Neslyším tě, nejsi tady, je to jen iluze, nic z toho není skutečné, Marie přestaň bláznit!“ V tom se šoupací dveře od pracovny začnou prohýbat, jako když se o ně Tomáš opírá. Marie zavírá oči a křičí: „Jdi pryč!“ Celá se třese a oči má tak opuchlé, že nic nevidí. Usíná s naprostým vyčerpáním. Podobné zážitky Marii provází několik dní.

Marie se snaží rozptýlit a začne si dopisovat po internetu s mužem, který ji vyjadřuje pochopení, které Marie nutně potřebuje. Píše si téměř denně, ale on se stále vyhýbá osobní schůzce. Marie má spoustu nabídek na seznámení a osobní setkání, ale ona však všechny odmítá, protože chce muže, který ji bude mít rád takovou jaká je uvnitř, a ne jen kvůli jejímu tělesnému půvabu.

Marie se rozhodla, že uzavře kapitolu jejího života o neúspěšné adopci a začala uklízet v bytě a schovávat všechny věci, které by ji připomínaly Tomáše. V následujících týdnech

věci rozdávala potřebným a ponechávala si pouze vybavení, které by mohla v budoucnu potřebovat pro vlastní dítě.

Muž, se kterým si každý den dopisovala po internetu, konečně přijel na návštěvu a Marie se do něj zamilovala. Život prožívala několik měsíců jako v euforii. Měla příjemné bydlení, přítele, kterého milovala a po nocích snila o společné budoucnosti. Našla si novou práci v mateřské školce, která ji vnitřně naplňovala. Marie měla další nabídky na přestup na jiná pracoviště a zvažovala, kterým směrem povede svůj kariérní postup. Otevřela se jí také možnost dostudovat v tomto směru vyšší kvalifikaci. Těšila se na příjemné změny, na novou práci, studium, spolupráce s dalšími zařízeními a sdruženími dětí, nové bydlení poblíž přítele, což by znamenalo více společně stráveného času, jelikož je dělily desítky kilometrů a při pracovním vytížení jim mnoho společného času nezbyvalo.

Marie je velice zaneprázdněná prací a nemá moc času pro sebe, až jednoho dne v noci si únava z vyčerpání vybrala svou daň. Celou noc kašlala a slyšela různé hlasy, které se jí ptaly na různé věci. Klečela na kolenu a viděla, jak jí z úst létají mračna černých drobků, kdykoli odpověděla na otázku, která se ozývala odněkud ze zdi. Bylo to, jako by ji někdo provázel celým jejím životem a soudil její činy. V hlavě cítila tlak a nešlo než odpovídat pravdu. Cítila silnou přítomnost smrti. Na jazyku cítila hořkost a skrz ruce jako by tekla elektrický proud. Tělo měla velmi vyčerpané, zkůřelé a otřásalo se pod silnými návaly kašle. Jedna část jejího nitra cítila úlevu, že už bude konečně po všem, že zemře a uleví se jí. Druhá část jejího nitra se však bránila, protože nemůže odejít, aniž by zabezpečila svou rodinu a zanechala po sobě alespoň jeden splněný sen.

Ráno volá do práce a vybírá si na dva dny dovolenou, protože noční zážitek ji velice rozrušil. Další noc se halucinace opakují. Slyší opět hlasy, tentokrát však smířlivější: „Proč se pořád tak trápíš, Marie? Za co se tak trestáš? Proč si nedopřeješ odpočinek? Jsi na sebe příliš tvrdá a tím i na své okolí. Poslala jsem ti toho nejmilejšího. Nech ho, ať ti pomůže.“ Marie však má s muži špatné zkušenosti. Když se zamilovala, snesla by jejímu partnerovi modré z nebe, ale většina z nich toho využívala a po každém delším vztahu dopadla Marie na úplné dno. Ale se současným partnerem se cítila spokojená.

Jednoho dne Marie zjistila, že je těhotná. Cítila se jako úplně nový člověk. Radost střídal strach. Pocity silné euforie střídala netečnost a zlost. Marie se cítila vyčerpaná, ale zároveň hnaná silnou vlnou energie do příprav na mateřství. S přítelem si telefonovali několik hodin denně, Marie mu však chtěla tuto novinu sdělit osobně. Její žebříček hodnot, který

počínal kariérou a končil rodinou, se najednou otočil a veškeré plány a řád se změnil. Marie se rozhodla dokončit vše započaté, aby se mohla soustředit pouze na mateřství. Kariéra, která byla u Marie vždy na prvním místě, se přesunula až za mateřství.

Marie trpí výčitkami kvůli Tomášovi, kterého si chtěla před rokem adoptovat, ale neúspěšně. V noci slyšela opět vyčítavý Tomášův hlas: „Zapomněla jsi na mě! Budeš mít vlastní dítě a na mě jsi zapomněla. To je moje postýlka, moje hračky, čekám na tebe, až se pro mě vrátíš! Neopouštěj mě!“ Marie slyšela sama sebe jak pláče a prosí, aby ji to odpustil.

Marie se snaží dokončit vše, co začala, před tím než se dítě narodí a nebude schopná pracovat. Měla nastartovanou kariéru a plány, teď se všechny její sny rozpustily jako pára nad hrncem. Chce alespoň dokončit nejdůležitější projekty. Ví, že by měla být v klidu, ale přepíná svoje síly, aby vše stihla. Je v každodenním stresu. Jednoho rána se probudila se silným krvácením. Marie potratila. Prohlížela se v zrcadle. Propadlé tváře, kruhy pod očima, stres se na ní podepsal a vybral si svou daň.

Další den přijel její přítel, se kterým se kvůli jeho velké pracovní vyčerpání viděla jen jednou za dva týdny. Ptal se jí, co mu chtěla říci. Řekla mu, že byla těhotná, ale potratila. Přítel ji na to odpověděl: „Tak třeba za rok. Já bych ti do toho nemluvil, nenutil bych tě k potratu. Bylo by to tvoje rozhodnutí, ale jsme jenom přátelé.“ Marii se zatmělo před očima, protože zároveň se ztrátou dítěte zjistila, že muž, kterého považovala celou dobu za svého přítele, považoval celý jejich vztah pouze jako přátelství.

Od té doby začala mít Marie problémy s řečí a silné bolesti hlavy, samovolně se jí spouštěla krev z nosu a v hlavě jí praskalo. Ztrácela orientaci v prostoru a čase, měla výpadky paměti. Necítila chlad, ani teplo. Všechno jídlo jí chutnalo stejně. Marie si dnes nedokáže vybavit, co bylo sen a co skutečnost. Jednoho dne se probudila po divokém snu s řeznými ranami, jindy chodila po bytě vyděšená, že oslepla nebo necítila nohy a nemohla se na ně postavit. Řezala se žiletkou, aby se ujistila, že je stále z masa a kostí a mezi živými. Vážně uvažovala o sebevraždě.

Vysvobozením byl pro Marii odjezd do hor, kde vzala tu nejobyčejnější práci, ale byla pryč od všeho, co znala a co ji připomínalo časy minulé. Postupně vzpomínala, kdo je vlastně zač. Cítila se opuštěná, ale zároveň spokojená, že má čas sama na sebe a nikdo ji nikam netlačí. Přibírala na váze i na kondici. Po několika měsících se vrátila zpět, přestěhovala se, našla si novou práci a v současnosti je spokojená.

Závěr

Tato diplomová práce s názvem „Deprese u dospělých žen“ se zabývá depresí, která v dnešní době trápí spoustu dospělých lidí, převážně žen. Deprese ovlivňuje veškeré prožívání a chování nemocného, který je pesimistický a úzkostný, nemá pro něj nic smysl. Spouštěcím faktorem deprese je většinou psychická zátěž v období psychosociálních, či tělesných změn. U žen se deprese vyskytuje ve větší míře z důvodu jejich větší náchylnosti jak na změny hormonální, tak životní. Pro lepší pochopení problematiky deprese, jsme do teoretické části, kromě samotného popisu deprese, jejich symptomů, dělení, typů, a možností léčby, zařadili také kapitolu, která popisuje vývojové etapy dospělého člověka.

Praktická část obsahuje výzkum, jehož hlavním úkolem bylo zjistit míru deprese u dospělých žen ve věku od 20 – 65 let a jaký z depresivních příznaků je nejčastější a jaký naopak nejméně častý. Po vyhodnocení standardizovaného dotazníku od všech 87 respondentek jsme došli k závěru, že 21% žen z našeho výzkumného vzorku trpí slabou formou deprese, 8% trpí mírnou formou deprese a 3% trpí těžkou depresí. V celkovém shrnutí má problémy s depresí dohromady 32% dotázaných žen, což není malé číslo. Obecně platí, že se žena kromě zaměstnání stará také o domácnost, což může zvyšovat míru deprese u žen, protože mají málo volného času a jsou unavené, což potvrzuje náš dotazník. Nejčastějším příznakem deprese u našeho výzkumného vzorku je totiž zvýšená únavnost, kterou trpí 63% respondentek. Naopak nejméně častým příznakem deprese jsou sebevražedné myšlenky, kterými trpí 9% respondentek, ale samotnou sebevraždu by nespáchaly. Dalšími nejčastějšími příznaky deprese, kterými trpí ženy z našeho výzkumného vzorku, jsou negativní představy o sobě samé, zvýšená podrážděnost a snížená chuť do práce. Míra výskytu ostatních depresivních byla nízká. Shrnutí výsledků praktické části obsahuje grafy a tabulky, které znázorňují míru deprese u žen v závislosti na věku, rodinném stavu, dětech, nejvyšším dosaženém vzdělání a stávajícím zařazení. Tyto tabulky jsou však pouze přehledové, protože se nám bohužel nepodařilo sehnat stejný počet respondentek od každé skupiny.

Z našich výsledků jsme dospěli k závěru, že deprese je onemocnění, kterým trpí nemalé procento žen a postihuje ženy bez ohledu na jejich věk, vzdělání nebo sociální zařazení. Deprese je vážný problém dnešní uspěchané doby a měla by se jí věnovat zvýšená pozornost.

Resumé

Tato diplomová práce nese název „Deprese u dospělých žen“ a je složená z části teoretické a části praktické.

První dvě kapitoly teoretické části se zabývají teoretickými přístupy ke studiu vývoje člověka v dospělosti a psychologickými aspekty období dospělosti. Vývojové etapy dospělého člověka jsou náplní další kapitoly, na kterou navazuje kapitola zabývající se feminitou v souvislosti s depresivním onemocněním. Pátá kapitola popisuje deprese a jejich symptomy, dělení, typy a způsoby léčby.

Praktická část obsahuje vyhodnocení standardizovaného dotazníku zjišťujícího celkovou míru deprese u zkoumaného vzorku žen a míru výskytu nejčastějších depresivních příznaků. Dále praktická část obsahuje přehledové tabulky míry deprese u žen v závislosti na jejich věku, rodinném stavu, dětech, nejvyšším dosaženém vzdělání a stávajícím zařazení. Tyto tabulky jsou však pouze přehledové, protože se nepodařilo sehnat stejný počet respondentek od každé skupiny.

Summary

This diploma thesis is called „Depression in Adult Women“ and consists of a theoretical and a practical part.

First two chapters of theoretical part deals with theoretical approach to the study of human in adulthood and psychological aspects of the adulthood. The next chapter deals with evolution of an adult human and following chapter deals with femininity and depression. Fifth chapter describes depression and its symptoms, types and therapy.

The matter of practical part is the evaluation of a questionnaire detecting the total depression level and representation of depressive symptoms. Practical part also contains charts which deals with depression level of women according to their age, status, children, education and social status. These charts are only overview, because we did not get the same number of respondents of each group.

Seznam literatury a dalších zdrojů

- VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II, Praha, Karolinum, 2007. ISBN: 9788024613185
- FARKOVÁ, M. Dospělost a její variabilita, Praha, Grada Publishing, 2009. ISBN: 978-80-247-2480-5
- KURIC, J. Ontogenetická psychologie, Praha, Státní pedagogické nakladatelství, 1986. ISBN: 14-409-86
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9
- MIŇHOVÁ, J. *Psychopatologie pro právníky*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o., 2006. ISBN: 80-86898-70-9
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Nakladatelství Portál, s. r. o., 2002. ISBN: 80-7178-700-0
- ČERMÁKOVÁ, M. *Rodina a měnící se gender role-sociální analýza české rodiny*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 1997, Working Papers 97:8
- ZVOLSKÝ, P., RABOCH, J. *Psychiatrie*. Praha: Galén a Karolinum, 2001.
- PLZÁK, M., BŘEZINOVÁ, V., ZVOLSKÝ, P., *Depresivní stavy v dospělém věku*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1967.
- SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H., *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-154-9
- KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN: 80-247-0575-3
- VÁGNEROVÁ, M., *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-496-6
- GRÜN, A., *Deprese jako šance*. Praha: Portál, 2009. ISBN: 978-80-7367-608-7
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-501-1

Seznam internetových zdrojů:

<http://www.priznaky-projevy.cz/gynekologie-porodnictvi/tehotenstvi-porod/preeklampsie-priznaky-projevy-symptomy>

<http://deprese.blogger.cz/Deprese/Jakymi-depresemi-trpi-zeny?km=c>

<http://www.ordinace.cz/clanek/profesor-jiri-raboch-depresi-trpi-vic-zeny-umira-kvuli-ni-vic-muzu/>

www.deprese.net/zeny.html

www.slovník-cizích-slov.abz.cz

www.vyplnto.cz

Přílohy

Dobrý den,

prosím o vyplnění dotazníku týkajícího se praktické části diplomové práce na téma: Deprese u dospělých žen. Tento dotazník je anonymní a zabývá se mírou deprese u žen v dospělém věku.

Dotazník obsahuje skupiny výroků. Prosím, přečtěte si pečlivě každou skupinu. Vyhledejte pak v každé skupině jeden výrok, který nejlépe popisuje, jak se v poslední době cítíte.

Dotazník je určen pouze ženám ve věku od 20 do 65 let.

Děkuji. Richard Vankan

1. Jaký je Váš věk?
 - a) 20 – 30 let
 - b) 31 – 45 let
 - c) 46 – 65 let
2. Jaký je Váš rodinný stav?
 - a) Svobodná
 - b) Vdaná
 - c) Rozvedená
3. Máte děti
 - a) Ano
 - b) Ne
4. Kolik máte dětí
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3
5. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Základní vzdělání
 - b) Vyučena
 - c) Střední odborné vzdělání s maturitou
 - d) VŠ

6. Jaké je Vaše stávající zařazení?

- a) Nezaměstnaná
- b) Studentka
- c) Zaměstnaná
- d) OSVČ
- e) Na mateřské dovolené

A

- 0 necítím se smutná
- 1 cítím se smutná
- 2 jsem stále smutná a nemohu se toho zbavit
- 3 jsem tak smutná a nešťastná, že to sotva snáším

B

- 0 nedívám se do budoucna s nějakou zvláštní odvahou
- 1 dívám se do budoucna bez odvahy
- 2 nemám nic, nač bych se mohl těšit
- 3 mám pocit, že je budoucnost beznadějná a že se situace nezlepší

C

- 0 necítím, že bych selhala, že bych byla neschopná
- 1 mám pocit, že jsem jako člověk zcela selhala
- 2 když se podívám zpět na svůj život, pak vidím jen spoustu nezdarů

D

- 0 mohu vše užívat tak jako dříve
- 1 nemohu věci užívat tak jako dříve
- 2 nemohu mít z ničeho pravé uspokojení
- 3 jsem se vším nespokojen, vše mne nudí

E

- 0 nemám žádný pocit viny
- 1 mám pocit, že jsem snad něčím vinna
- 2 mám téměř stále pocit viny
- 3 mám stále pocit viny

F

- 0 nemám pocit, že jsem trestána
- 1 mám pocit, že jsem snad trestána
- 2 čekám, že budu potrestána
- 3 mám pocit, že mám být potrestána

G

- 0 nejsem zklamána sama sebou
- 1 jsem sama sebou zklamána
- 2 jsem hrozná
- 3 nenávidím sebe sama

H

- 0 nemám pocit, že bych měla být horší než druzí
- 1 kritizuji se za své slabosti a chyby
- 2 stále si dělám výčitky pro své nedostatky
- 3 dávám si vinu za vše, co se nedaří

I

- 0 nemyslím na to, že bych si mohla něco udělat
- 1 mnohdy myslím na sebevraždu, ale neudělala bych to
- 2 nejraději bych se zabila
- 3 zabila bych se, kdybych to uměla

J

- 0 nepláču častěji než dříve
- 1 nyní pláču víc než dříve
- 2 nyní pláču po celou dobu
- 3 dříve jsem mohla plakat, ale nyní to nedokáži, i kdybych si to přála

K

- 0 nejsem podrážděnější než dříve
- 1 snadněji se nyní rozzlobím nebo podráždím než dříve
- 2 cítím se stále podrážděná
- 3 věci, které mne dříve dráždily, se mne nyní už nedotýkají

L

- 0 neztratila jsem zájem o druhé lidi
- 1 nyní se zajímám o druhé lidi méně než dříve
- 2 ztratila jsem z větší části zájem o druhé lidi
- 3 ztratila jsem veškerý zájem o druhé lidi

M

- 0 jsem tak rozhodná jako vždy
- 1 nyní odkládám rozhodnutí častěji než dříve
- 2 činit rozhodnutí je pro mne obtížnější než dříve
- 3 nemohu učinit vůbec žádná rozhodnutí

N

- 0 nemám pocit, že bych vypadala hůře než dříve
- 1 dělám si starosti, že vypadám staře nebo neatraktivně
- 2 mám pocit, že se v mém vzhledu dostavily změny, které mne činí neatraktivní
- 3 jsem ošklivá

O

- 0 mohu pracovat tak dobře jako dříve
- 1 musím se rozhodnout, než se dám do práce
- 2 musím se do každé činnosti nutit
- 3 nejsem schopen pracovat

P

- 0 spím tak dobře jako vždy
- 1 nespím tak dobře jako dříve
- 2 probouzím se o 1-2 hodiny dříve než jindy a je mi zatěžko opět usnout
- 3 probouzím se o více hodin dříve než jindy a nemohu více usnout

Q

- 0 neunavím se snadněji než dříve
- 1 unavím se rychleji než dříve
- 2 téměř vše mne unaví
- 3 jsem příliš unavena, než abych něco dělala

R

- 0 nemám horší chuť než dříve
- 1 má chuť není tak dobrá jako dříve
- 2 má chuť se silně zhoršila
- 3 nemám už žádnou chuť

S

- 0 v poslední době jsem sotva ubrala na váze
- 1 ubrala jsem víc než dva kilogramy
- 2 ubrala jsem víc než 5 kilogramů
- 3 ubrala jsem víc než 8 kilogramů

T

- 0 nedělám si žádnou větší starost o své zdraví
- 1 tělesné problémy jako bolesti, žaludeční obtíže nebo zácpa mi působí starosti
- 2 mám tak velké starosti se svým zdravím, že mi připadá zatěžko myslet na něco jiného
- 3 mám tak velké starosti o své zdraví, že na nic jiného nemyslím

U

- 0 v poslední době jsem nepozorovala žádnou změnu ve svém zájmu o sex
- 1 o sex se nyní zajímám méně než dříve
- 2 o sex se nyní zajímám mnohem méně než dříve
- 3 ztratila jsem zájem o sex