

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Rozdíly mezi ženami a muži s diagnózou deprese

Bc. Lucie Kvitkovičová, DiS

Vedoucí práce: MUDr. Pavla Hellerová

Praha 2016

Prague College of Psychosocial Studies

Differences between woman and men with depression

Bc. Lucie Kvitkovičová, Dis

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Pavla Hellerová

Praha 2016

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Liběchově dne 25.7.2016

.....

Poděkování

Děkuji paní MUDr. Pavle Hellerové. za velmi vstřícnou a odbornou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování této diplomové práce.

ANOTACE

Diplomová práce s názvem „Rozdíly mezi ženami a muži s diagnózou deprese“ je zaměřena na depresivní onemocnění a následně na výzkumné šetření, kde hledám rozdíly mezi ženami a muži s touto nemocí v kontextu kvality života. Cílem práce je tedy nalezení a popis rozdílů mezi pohlavími a zjištění, které oblasti života mohou být nejobtížněji vnímané.

Zaměřením a pojetím své diplomové práce chci poukázat na problematiku ve vnímání duševních obtíží, pohledu na depresivní jedince, postoje společnosti k nim. Chtěla jsem se zaměřit na důležitost celostního a systémového vnímání člověka, subjektivního vnímání a prožívání člověka v kontextu kvality života.

KLÍČOVÁ SLOVA

Deprese, sociální práce, psychoterapie, kvalita života.

ABSTRACT

The thesis titled „Differences between woman and men with depression“ is focused on the depression disease and then on research where to look for differences between women and men with this disease in the context of quality of life. The aim is therefore to find a description of differences between women and men and to determine which areas of life can be perceived most difficult. Focus and conception of my dissertation I want to highlight the issue in the perception of mental health problems, looking at a depressed individual, society's attitude towards them. I wanted to focus on the importance of holistic and systemic human perception, subjective perception and experience of man in the context of quality of life.

KEY WORDS

Depression, social work, psychotherapy, quality of life

Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1. Člověk a deprese.....	10
1.1 Smutek a radost jako součást života.....	10
1.2 Deprese jako nemoc.....	11
1.3 Klasifikace afektivních poruch.....	13
1.4 Typy deprese.....	14
1.5 Diagnostická kritéria deprese.....	16
1.6 Etiologie depresivní poruchy.....	18
1.6.1 Faktory dědičnosti.....	18
1.6.2 Psychosociální faktory.....	19
1.6.3 Biologické faktory.....	20
1.6.4 Diferenciální diagnostika.....	21
1.7 Možnosti léčby deprese.....	22
1.7.1 Farmakoterapie.....	23
1.7.2 Elektrokonvulzivní léčba (ECT).....	24
1.7.3 Fototerapie.....	24
1.7.4 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS).....	25
1.7.5 Spánková deprivace.....	25
1.7.6 Společnost a skrytá rizika deprese.....	25
2. Sociální práce jako forma pomoci.....	28
2.1 Metody sociální práce.....	29
2.1.1 Individuální práce.....	29
2.1.2 Skupinová práce.....	29
2.1.3 Komunitní práce.....	30
2.2 Sociální práce s duševně nemocnými klienty.....	31
2.2.1 Komunikace jako nástroj spolupráce.....	33
2.2.2 Možnosti pomoci duševně nemocnými.....	34
2.3 Možnosti psychoterapie v léčbě deprese.....	36
2.3.1 Psychoedukace.....	36
2.3.2 Psychoterapie.....	36
2.3.3 Psychoterapeutické přístupy.....	38
3 Duševní nemoc jako stigma.....	42
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	44
4.1 Cíl výzkumu.....	44
4.2 Metodologie výzkumu.....	44
4.3 Popis výzkumného souboru.....	47
4.4 Zhodnocení hypotéz.....	79
4.5 Shrnutí.....	80
ZÁVĚR.....	82
SEZNAM LITERATURY.....	83

ÚVOD

Při rozhodování o volbě tématu své diplomové práce mě ovlivnila má profese zdravotní sestry a jelikož jsem tou dobou pracovala na psychiatrickém oddělení, zaměřila jsem se tímto směrem. Pracovala jsem na otevřeném režimovém oddělení, kde byli hospitalizovaní klienti nejčastěji s depresí a úzkostmi. Musím se přiznat, že do té doby, než jsem měla možnost depresivní lidi poznat na „vlastní oči“, jsem měla o depresi zkreslené představy. Většina lidí se domnívá, že deprese je jakási forma lenosti a stačí jen „zatnout zuby“ a bude vše v pořádku. Zde, na psychiatrickém oddělení jsem zjistila, že společnost je opravdu na velkém omylu. Typickým pojetím lidí, kteří do této problematiky nevidí, je to, že člověk, který má všechno a navenek je spokojený, nemůže mít přece žádné starosti a trpět depresí.

Tato diplomová práce je rozdělena v teoretické části do dvou úseků. Dělí se na medicínskou část, která má za cíl popsat depresivní onemocnění z hlediska medicínského. Tzn. co je deprese, jak vzniká, její formy a její farmakologická léčba. V druhé části, psychosociální, uvádím sociální práci s duševně nemocnými a možnosti psychoterapie a přístupů v léčbě deprese.

Druhá část je věnována výzkumnému šetření, ke kterému jsem oslovila muže a ženy s depresí a mezi nimi porovnávala nejčastější obtíže se kterými, se setkávají a které ovlivňují kvalitu života. Při tvorbě dotazníku jsem vycházela zvláště ze své praxe na psychiatrickém oddělení a z toho, co mi depresivní sami klienti řekli.

V příloze uvádím dotazník, který byl použit při tvorbě výzkumného šetření.

Mým osobním cílem, poté co jsem do problematiky duševních poruch měla možnost nahlédnout a poznat ji blíže, aby se změnil postoj k duševně nemocným a pohled na ně. Je to asi cíl většiny lidí, kteří pracují s psychicky nemocnými. I přesto, že je snaha negativní přesvědčení měnit, je to dosti obtížné. Deprese je skoro nejčastější duševní obtíž a postihuje lidi bez rozdílů a přesto o ní (a všeobecně o duševních poruchách) v laické veřejnosti převládají spíše zkreslené až nesmyslné představy.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Člověk a deprese

1.1 Smutek a radost jako součást života

Abychom porozuměli rozdílu mezi smutkem, který je běžnou součástí života každého z nás a opravdovou psychickou obtíží – nemocí zvanou depresivní onemocnění, musím tyto dva emocionální stavy popsat. Je důležité a nutné být si vědom toho, že kolísání nálady patří k životu a zažíváme jej každý den. Smutek je reakcí na nějakou nepříjemnou situaci, která s sebou nese zklamání, ztrátu, beznaděj či křivdu a pocit viny. Zvlášť smutek ze ztráty je hodně podobný depresi. Patří stejně tak k našemu bytí jako jeho protiklad radost. Při té naopak prožíváme nám příjemné pocity blaženosti, spokojenosti. Vše se nám jeví jako hezké a přijatelné. (PRAŠKO, 2015)

Nálada je všeobecně odrazem toho, co právě děláme, a ruku v ruce jde s tím, jak hodnotíme okolnosti a sebe sami. Typickým příkladem, který všichni dobře známe je situace, kdy má autobus, na který čekáme, zpoždění a my zrovna pospícháme do práce. Nebo důkazem toho, jak nám okolí dokáže zkazit náladu, může být i naštvaný kolega v zaměstnání, který si svou zlost a bídnou náladu vybijí na nás či jen zkrátka zapomeneme na něco důležitého a následně si to vyčítáme. Stává se i, že nic nevychází tak, jak bychom si to přáli. Spousta z nás zažívá negativní pocity v pondělí (den, kdy jsme „mimo“). Všechny tyto situace související s poklesem naší nálady směrem dolů jsou však dočasné a odezní. Vyjma snad jen u některých jedinců u kterých odeznívání trvá déle. Nutno dodat, že se stále jedná o normální reakci a ne o depresi jako nemoc, i přesto, že má k depresivnímu prožívání a chování blíže. (PRAŠKO, 2015)

Ukážu to na příkladu. Zůstanu u situace s autobusem. Ráno mi ujede autobus do zaměstnání. Tudíž dorazím o něco později. Budu-li spíše pesimisticky nastavená, celý den pro mě již bude stát za nic. Znamená to, že mojí tendencí bude, vybírat si z událostí, které zažívám, zvláště ty negativní a těch příjemných si nebudu všímat.

Bylo zjištěno, že osoby pesimističtější vůči druhým i sobě a budoucností, postihuje depresivní onemocnění častěji. Lze tedy usuzovat, že to jak se díváme na svět, významně ovlivní naši náladu. (PRAŠKO, 2015)

1.2 Deprese jako nemoc

V první části jsem mluvila o smutku, o tom, že je normální součástí života. Nenechme se ale plést. I smutek může vyústit v depresi jakožto k onemocnění. Při tom smutku normálním je člověk schopen často fungovat v pracovním i soukromém životě. Může ale docházet k plynulému přechodu a smutek může člověka ochromit natolik, že je ohroženo jeho fungování. Jedná se o intenzivnější a hlubší zásah do každodenního fungování a liší se i dobou trvání. (PRAŠKO, 2015)

Deprese je psychická porucha spadající dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) do kategorie afektivních poruch, nazývaných též poruchy nálady, kterým patří třetí místo nejčastějšího výskytu ze všech duševních poruch a jsou také velmi častým důvodem ztráty nebo omezení práce schopnosti. (RABOCH, 2006)

Do afektivních poruch spadá široké spektrum emocí od hluboké deprese do nadměrně povznesené nálady. Základním projevem afektivních poruch je tedy změna nálady a to ve smyslu snížení (deprese) nebo zvýšení (hypománie až mánie). Změnu nálady doprovází změna všeobecné úrovně aktivity, a většina dalších příznaků je druhotných. Většina poruch nálady má tendenci k periodicitě přičemž začátek jednotlivých epizod bývá často spojen s nějakou zátěžovou situací. Jak už jsem popsala, jedná se tedy o duševní nemoc, která se vyskytuje častěji u žen (10-25%) než u mužské populace (5-12%). (SMOLÍK, 1996)

Deprese je závažná nemoc, která se výrazně odlišuje od normálních, běžných výkyvů nálady. Typické je trvalé narušení celkové nálady. Postihuje duši, zasahuje tělo a tím vede k somatickým obtížím. Postihuje mezilidské vztahy. Žene nemocného na okraj existenciální propasti a jejím největším rizikem je sebevražda. Postihuje osobnost jedince, jeho náladu, myšlení, prožívání a chování. Představuje v sobě mimo jiné i široké spektrum obtíží z tělesné a sociální sféry. (RÖHR, 2012)

Jelikož se jedná se o poruchu nálady ve smyslu poklesu, dochází u nemocných k postupné ztrátě zájmů, které dříve vykonával, ztrátě chuti k činnostem, rychleji se unaví a nedokončuje věci. (DÖRNER, 1999)

Zhoršuje se i pozornost, soustředění a člověk se stává nerozhodným. Volní neschopnost se zhoršuje a může docházet až k depresivnímu stuporu. Pacient si připadá neschopný a dříve z vitálního člověka se stává člověk „zbitý“, zničený, sevřený. Ztrácí také chuť k jídlu a v důsledku toho se mění hmotnost. (DÖRNER, 1999)

Z důvodu ztráty sebevědomí, pocitů nedostatečnosti, méněcennosti a sebelítosti se jedinec uzavírá do sebe a vyhýbá se kontaktu s druhými lidmi. Člověk se však přirozeně snaží tyto stavy zvládnout vlastními silami, což často vede k prohlubování beznaděje a bezmoci. (HÖSCHL, 1997)

Pro depresi jsou charakteristické depresivní automatické myšlenky, které se vybavují bez toho, aby si je nemocný přál. Automatické myšlenky máme neustále, komentují události, které prožíváme. Zdravý jedinec jim nevěnuje velkou pozornost a nebo je dokáže vyvážit konstruktivními myšlenkami. Depresivní člověk toto však nedokáže. Automatické myšlenky jsou založeny na faktech, ale jsou zkresleny vždy k negativnímu. Nemocný toto nedokáže pochopit a plně jim věří. Jejich konečným výsledkem je udržování nemocného v depresi. Objevuje se pocit, že se z toho nikdy nedostane. (PRAŠKO, 2015)

Depresivní lidé uvádějí, že myšlenky, které jsou automatické, se často týkají otázek ve smyslu života a smrti. Uvádím zde časté příklady:

„Jsem úplně k ničemu, nemožná.“

„Nikdy už se z toho nedostanu.“

„Rodině beze mě bude mnohem lépe.“

„Nemá smysl takhle žít.“

Deprese je onemocnění, které začíná většinou začíná plíživě a nenápadně. Z počátku nemocní popisují pokles nálady bez jasného důvodu. Velmi výrazně je ovlivněna kvalita spánku, nemocní jej popisují jako kratší a povrchový. Dalším typickým projevem je zvýšená unavitelnost a to i po nenáročných aktivitě a nechuť do činnosti. (PRAŠKO, 2015)

Objevují se ranní pesima. Postupně depresivně laděný jedinec přichází o zájem o věci, které mu předtím přinášely radost, ať už se jedna o zájmové aktivity, vztahy či práci. Vše je to doprovázeno výčitkami, sebeobviňováním se za své chování v minulosti, které považuje za špatné. Takovéto výčitky však jsou často neopodstatněné a přehnané. (BREZNOŠČÁKOVÁ, 2008).

„Deprese je nemoc. Nikoliv lenost, nedostatek vůle nebo slabošství. Je to nemoc, která vede k vážnému životnímu utrpení. Zasahuje jak toho, kdo ji onemocněl, tak celou jeho rodinu. Vede k pocitům ztráty smyslu života. Není to jen špatná nálada, ale nemoc celého organismu. Naštěstí se dá léčit a moderní doba přináší velmi účinné

možnosti léčby“ (PRAŠKO, 2004, s.18).

V depresi člověk ztrácí schopnost se pro něco nadchnout, radovat se. Naopak jsou běžné pocity zmaru, beznaděje a pacienta nelze z tohoto negativního prožívání různými způsoby či metodami přivést na jiné myšlenky nebo mu alespoň krátkodobě ulevit. (LÁTALOVÁ, 2010)

Dochází také často k tomu, že když už se pacientovy něco povede (to se týká i maličností), nedokáže i přes pochvalu okolí, ocenit sám sebe. Duševní strádání doprovází somatické příznaky, jako je ztráta chuti k jídlu, ztráta sexuálního zájmu, problémy s vyprazdňováním (častěji zácpa), V obličejí nemocného se značí chudá mimika. (LÁTALOVA, 2010).

Výrazné změny si všímáme i v oblasti psychomotoriky. Depresivní člověk může být hodnocen jako pomalý, apatický, neschopný. Může působit líným dojmem. Jeho držení těla je ochablé, obličej často bez výrazné mimiky, zpomalené reakce. U některých jedinců může docházet k jakési agitovanosti a napjatosti, kdy jedinec pobíhá z místa na místo a chvíli neposedí. (HONZÁK, 1999)

Dříve se objevovala u lidí kolem čtyřiceti let, v dnešní době, s rostoucími nároky na život, vidíme mnohem mladší pacienty s tímto onemocněním. Při čemž výskyt je častější u žen než mužů. Objevuje se u žen v období klimakteria, šestinedělí, ve spojitosti s mateřstvím. Častá je i deprese ve stáří, kde se pojí se smutkem ze ztráty partnera. Není výjimkou, že onemocní i děti či dorostenci. Rizikovým faktorem může být osamělost, závislosti, a období, kdy dochází k podstatným životním změnám. Můžu uvést například pubertu, narození potomka, ztráta zaměstnání, rozvod.... (PRAŠKO, 2015)

1.3 Klasifikace afektivních poruch

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 10) nacházíme afektivní poruchy pod značkou F 30 – F 39. Do této velké skupiny spadá: manická epizoda F30, bipolární afektivní porucha F31, depresivní epizoda F32, periodická depresivní porucha F33, trvale poruchy nálady F34 , jiné poruchy nálady F38 a nespecifikovaná porucha nálady F39. (MKN-10, 2008).

„MKN-10 je systémem klasifikace, který se snaží vzít v úvahu hlediska etiologická, hlediska anatomické lokalizace i hlavní okolnosti, za nichž nejčastěji ke sledovanému jevu dochází.“ (KEBZA, V., PACLT, I. , www.zdravi.euro.cz)

Pro depresivní epizodu lze vymezit určité charakteristiky:

- závažnost (lehká, středně těžká, těžká)
- přítomnost nebo nepřítomnost somatického syndromu
- přítomnost nebo nepřítomnost psychotických příznaků odpovídajících či neodpovídajících náladě (HÖSCHL, 1997)

Z hlediska intenzity depresivní prožívání lze dělit na:

- mírnou depresi, kterou člověk prožívá jako nepříjemnou, jde mu dost věcí obtížněji a pomaleji. Ztrácí radost a přestává se na cokoliiv těšit. Začíná se uzavírat do sebe a odmítá setkávat se a komunikovat s přáteli. Je ale schopen chodit do zaměstnání a obstojně fungovat v běžném životě. U mírné formy není zpravidla nutná hospitalizace, stačí, aby pacient docházel ambulantně.
- středně těžká deprese vede ve většině případech k práce neschopnosti a každodenní činnosti postižený také zvládá hůře. Takový postižený velkou část svého času tráví pasivitou, je nešťastný, zpomalený a dosti napjatý. Velmi zhoršené je zde soustředění na jakoukoliv činnost, ať už jde třeba jen o sledování televize. Dochází také k izolaci a ztrátě zájmu o sex a blízkost obecně. I zde se dá zvládnout léčba ambulantně, ale často probíhá za hospitalizace, popřípadě postiženým dochází do denního stacionáře.
- při těžké depresi dochází k úplné ztrátě schopnosti se o cokoliiv starat. Nevyjímaje i sebe. Nemocný tráví většinu svého času v posteli a utápí se v sebevýtčkách. Objektivně takový nemocný bývá buď nadměrně zpomalený ve všech směrech (pohyby, myšlení, řeč) nebo výrazně neklidný, kdy nevydrží na jednom místě a pobíhá z místa na místo. V této fázi člověk ztrácí smysl života a pocit smysluplnosti všech aktivit. Léčba těžce depresivního člověka probíhá vždy za hospitalizace. Beznaděj, kterou člověk pocítuje je tak silná, že nelze vyloučit sebevražedné jednání. U člověka v těžké depresi můžeme nacházet i psychotické příznaky. (PRAŠKO, 2015)

1.4 Typy deprese

Jako jiná onemocnění, objevuje se i depresi v různých formách.

- Depresivní epizoda vypadá jako depresivní nálada, s tím spojené také depresivní myšlení a celkový pokles aktivity. K tomu všemu se přidávají různé somatické projevy. Je to stav, kdy jedinec není schopen práce, radosti z příjemných aktivit. Není schopen jíst a spát. Za depresivní epizodou stojí nějaká stresující událost, ale objevuje se i bez zjevné příčiny. Během života člověka se může objevit jedenkrát za život nebo

opakovaně. Hlavní projev depresivní epizody je buď depresivní nálada a/nebo ztráta radosti nebo zájmu o většinu činností.(PRAŠKO, 2015)

U depresivního jedince se také musí objevit alespoň čtyři z uvedených druhotných příznaků:

- snížená či zvýšená chuť k jídlu
- příbytek či úbytek hmotnosti
- neklid či útlum
- pokles až úplná ztráta energie
- zvýšená unavitelnost
- pocit viny a ztráta sebevědomí
- zhoršené soustředění
- myšlenky na smrt či sebevraždu (PRAŠKO, 2015)

Rekurentní depresivní porucha je porucha, kdy se opakovaně objevují depresivní epizody bez samostatných epizod mánie, ale můžeme zde nacházet stavy hypománie, povznesené nálady a stavy zvýšené aktivity, které se objevují bezprostředně po epizodě deprese.

Dysthymie je v podstatě méně závažná deprese. Je to takové kolísání mezi lehkou depresí a normální náladou. Spouští ji většinou dlouhodobě působící stres či negativní životní událost, přičemž začíná obvykle plíživě. Trvá často i roky. Postižený přestává mít radost a je celkově více unavený a často si stěžuje. Výrazným znakem tohoto problému je neschopnost cítit skutečnou radost, nedostatek síly k překonávání obtíží každodenního života a jakási rezignace na to, že může prožívat i příjemné aktivity. I když to velmi připomíná depresi, rozdíl je však v tom, že jedince nedělá tolik neschopným jako deprese.

Bipolární afektivní porucha znamená cyklování dvou nálad, a to deprese a mánie. Přejechy mezi těmito dvěma stavy mohou být náhlé, ale spíše častěji probíhají postupně. Jak už z názvu vyplývá, během mánie je člověk velmi aktivní, má povznesenou náladu, pocit, že vše zvládne.(ZVOLSKÝ, 1994, MKN-10, 2008)

1.5 Diagnostická kritéria deprese

Psychiatrické diagnózy označujeme v MKN-10 písmenem F. Pro diagnostiku depresivní epizody (F 32) dle MKN-10 musí být naplněna tato kritéria:

- 1) depresivní epizoda musí trvat minimálně dva týdny
- 2) v života nemocného se nikdy neobjevily příznaky poukazující na hypomanickou nebo manickou epizodu (F30)
- 3) deprese nesmí být vyvolána vlivem požití psychoaktivních látek (F10-F19),
- 4) nesmí se vyskytovat jako součást nějaké organické duševní poruchy (F00-F09) (ŽĎÁRSKÁ, 2007)

Některé příznaky deprese jsou všeobecně považovány za klinicky zvláště významné a současná klasifikace MKN-10 pro tyto příznaky (dříve známé jako endogenní) používá termín somatický syndrom. Aby mohl být somatický syndrom objasněn, musí se mají vyskytovat čtyři z následujících příznaků:

- 1) výrazná ztráta zájmů nebo potěšení při činnostech, které jsou za normálních okolností vnímány příjemně
- 2) nedostatek emočních reakcí na události či aktivity, normálně vyvolávající emoční odpověď
- 3) brzké ranní probouzení
- 4) deprese je těžší ráno – ranní pesima
- 5) existuje objektivní důkaz výrazné psychomotorické retardace nebo agitovanosti
- 6) ztráta chuti k jídlu
- 7) úbytek hmotnosti
- 8) zřetelná ztráta libida (ŽĎÁRSKÁ, 2007)

Zde uvádím diagnostická kritéria pro depresi z hlediska závažnosti:

Lehká depresivní epizoda (F32.0):

A. musí být splněna hlavní kritéria pro depresivní epizodu F32

B. musí být přítomny alespoň dva z následujících tří příznaků:

- abnormální depresivní nálada pro daného jedince, přítomná po většinu dne a téměř každý den, značně ovlivněná okolnostmi a trvající alespoň dva týdny
- úpadek zájmu nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné
- pokles energie nebo zvýšená unavitelnost

C. Z následujícího seznamu přídatných symptomů by měl být přítomen jeden nebo více:

- ztráta sebedůvěry/sebeúcty
- objevují se výčitky a pocity nadměrné a bezdůvodné viny

- opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu, sebevražedné chování
- zhoršená schopnost myslet nebo soustředit se, nerozhodnost
- změna psychomotorické aktivity s agitovaností nebo zpomalením vnímané buď samotným postiženým či popisované okolím
- poruchy spánku - nespavost či zvýšená spavost či jiné problémy spojené se spánkem
- změna chuti k jídlu (snížení nebo zvýšení) a s tím související změny hmotnosti (ŽDÁRSKÁ, 2007)

Středně těžká depresivní epizoda (F32.1):

- A. musí být splněna hlavní kritéria pro depresivní epizodu F32
- B. musí být přítomny alespoň dva ze tří příznaků uvedených u F32.0 - kritéria B
- C. musí být přítomen takový počet přídatných symptomů z F32.0 - kritéria C, aby celkový počet byl alespoň šest (ŽDÁRSKÁ, 2007)

Těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků (F32.2):

- A. musí být splněna hlavní kritéria pro depresivní epizodu F32
- B. musí být přítomny všechny tři příznaky z F32.0 - kritéria B
- C. musí být přítomen takový počet přídatných symptomů z F32.0 - kritéria C, aby celkový počet byl alespoň osm
- D. nesmí být přítomny halucinace a bludy nebo depresivní stupor (ŽDÁRSKÁ, 2007)

Těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky (F32.3):

- A. musí být splněna hlavní kritéria pro depresivní epizodu F32
- B. musí být splněna kritéria pro těžkou depresivní epizodu bez psychotických příznaků (F32.2), avšak s výjimkou kritéria D
- C. nejsou naplněna kritéria pro schizofrenii (F20.0 – F20.3) nebo schizoafektivní poruchu
- D. musí být přítomen kterýkoli z následujících okruhů:
 - bludy nebo halucinace, jiné než popsané jako typické pro schizofrenii, nejčastěji mají obsah depresivní, sebeobviňující, hypochondrický, nihilistický, paranoidní
 - depresivní stupor. (ŽDÁRSKÁ, 2007)

1.6 Etiologie depresivní poruchy

Mnozí si jistě pokládají otázku, proč vlastně deprese vzniká. Na to je však těžké odpovědět, protože přesná příčina vzniku není známá. Existují však určité faktory, které se na jejím vzniku podílejí, takový multifaktoriální vzorec vnějších a vnitřních podmínek. ((RAHN, 2000).

Jedná se o komplex biologických (porucha fungování neurotransmitterových systémů, změny aktivity kůry nadledvin, porucha biologických rytmů), genetických a psychosociálních (stres) událostí, které se společným působením, mohou podílet na vzniku deprese. (HÖSCHL, 1997).

Podrobněji je upřesním v následující podkapitole.

1.6.1 Faktory dědičnosti

Vrozené predispozice hrají ve vzniku deprese významnou roli. Je však nutné si uvědomit, že samy o sobě nejsou zodpovědné za vznik depresivního onemocnění.

Jedná se o neovlivnitelný faktor vzniku deprese, stejně jako třeba pohlaví či etnické rozdíly. Při nastartování deprese vstupuje do „hry“ spousta genů a dále také životní styl a jiné faktory. (NEDLEY, 2007).

Některé typy deprese můžeme vídat častěji v určitých rodinách. Což může ukazovat na vrozenou biologickou zranitelnost. Ale neznamená to ovšem, že každý, kdo ji podědil, musí okamžitě onemocnět. Zde hrají důležitou roli další faktory, a to například stresující zážitky a prostředí kolem nás. Pokud deprese postihne jedno z jednovaječných dvojčat, je až 70% pravděpodobnost, že onemocní depresí i druhé z dvojčat. U příbuzných prvního stupně – sourozenec, rodič – kteří mají depresi, je také zvýšené riziko vzplanutí nemoci a to 15%. Jelikož se ale nemoc objevuje i u lidí, v jejichž rodině zachycen výskyt deprese nebyl, lze usuzovat, že významným spouštěčem nemoci je stres a stresující prostředí. Dá se říci, že se nedědí deprese jako taková, ale dědí se určitá náchylnost. (PRAŠKO, 2015)

Uvádí se, že genetické faktory hrají významnější roli u bipolární afektivní poruchy, avšak dle posledních výzkumů lze soudit, že významnou roli genetika má i u unipolární deprese. (RABOCH, 2006)

Studie uvádí, že za vznik deprese, z pohledu genetiky, pravděpodobně může gen kódující funkci serotoninu. Tento gen ovlivňuje funkci serotoninového transportéru a má dvě alely. Jedna je krátká a druhá dlouhá. Lidé, kteří mají krátkou variantu alel je

serotoninový transportér méně výkonný. A tak jsou tito lidé více náchylní k rozvoji deprese, ale je však nutné dodat, že ta se rozvine teprve v důsledku nějakých stresových životních příhod. Tyto osoby jsou tedy méně odolné vůči stresorům a hůře překonávají životní zvraty. (SHAROT, 2013)

1.6.2 Psychosociální faktory

Uvádí se, že velmi důležitým faktorem, který se podílí na rozvoji depresivního onemocnění je premorbidní osobnost. To znamená, to, jaký byl člověk před depresí. Zde narážím na naučené faktory citlivosti a odolnosti ke stresu. (NEDLEY, 2007)

Stres je běžná reakce na neduhy a starosti, které nám život přináší a kterým musíme čelit. Spouští je cokoli přes pracovní povinnosti, zhoršená finanční situace nebo rodinné a partnerské těžkosti. Všechny tyto spouštěče jsou tak zvanými stresory. Stres trvá často dočasně. Jsou ale jedinci, u kterých se může stres rozvinout do obtíží dlouhodobějšího charakteru. Stres nás svým způsobem posouvá dopředu a může být i pozitivní. Jedná-li se stresory působící dlouhodobě - o různé partnerské neshody, problémy v zaměstnání, zvýšené finanční nároky, nemoc, může vyústit až do stavu totálního vyčerpání. (NEDLEY, 2007)

Dalším neméně důležitým psychosociálním faktorem, který se může přispívat na vzniku deprese je nedostatek sebevědomí. Lidé, kteří si nevěří se dívají na sebe samé, okolí, budoucnost negativně. Zvýšenou náchylnost lze také vyzorovat u lidí, kteří jsou závislí na pochvale, neumějí přijímat kritiku a jsou málo asertivní. Nezvládají říkat ne i v situacích, kdy je to namístě. Často obracejí hněv sami na sebe v situacích, kdy by se měli hněvat na ostatní. Neumějí tuto emoci správně prožít. (PRAŠKO, 2015)

Dalším, velkým spouštěčem deprese jsou vážnější životní ztráty (úmrtí, rozvod), problémy ve vztazích, změny stávajícího stylu života (odchod do důchodu, změna zaměstnání, narození dětí, menopauza, stěhování). (PRAŠKO, 2015)

Jak už víme, ke vzniku deprese mohou vést různé životní události, které s sebou přinášejí nutnost změnit zaběhlý způsob života. Zvykli jsme si žít rutinně a ve stereotypu, protože tak víme, nebo můžeme tušit, co nás může potkat. Jakmile se objeví více změn, které překročí stereotyp a stanou se v kratší době, snižují tak naši fyzickou a duševní odolnost. Reakce často ani nezačne hned po události, ale objeví se později,

někdy i například půl roku po tom co se zdá, že je situace vyřešena. (PRAŠKO, 2015)

U depresivních jedinců je evidentní tzv. depresivní osobnostní struktura. Jedná se o úzkost, kterou si buď jedinec uvědomuje či nikoli, z nedostatku lásky a ochrany vyvolána často osobnostními rysy, jako jsou například nízké sebeocení, nízké sebevědomí, přísné svědomí, a je-li jedinec odmítán ostatními, může být i toto zdroj úzkosti. Tyto faktory se mohou během života prohlubovat a stávat se čím dále obtížnějšími. (PONĚŠICKÝ, 2012)

1.6.3 Biologické faktory

K rozvoji depresivního onemocnění mohou přispět také některé léky, jako například Prednison, což je lék působící protizánětlivě. A některé léky používané k léčbě vysokého krevního tlaku. I alkohol a jiné drogy mohou spustit depresi. (PRAŠKO, 2015)

Víme celkem dost o tom, co se děje během deprese v mozku a bylo zjištěno, že jeden z faktorů, vedoucí k rozvoji depresivního onemocnění je dysregulace neurotransmiterních látek. Serotonin, noradrenalin a dopamin jsou právě těmito látkami a jejich úkolem je přenášení nervového signálu mezi buňkami. Dá se říci, že pomocí těchto chemických látek, mohou mezi sebou nervové buňky komunikovat. Neurotransmitter ovlivní aktivitu buňky tím, že se naváže na citlivé místo (receptor). Lze si to představit jako když klíč zapadne do zámku. Takto to funguje u zdravého jedince bez depresivní nálady. Zjistilo se ale, že depresivní prožívání je spjato s nedostatkem těchto chemických látek a pojí se se všemi typy deprese aniž je příčina nemoci známá či ne. Ve výsledku dochází k jakémusi zablokování energie a dochází k depresivnímu prožívání. (PRAŠKO, 2015)

Dalším z biologických projevů deprese je porucha biorytmů. V běžném fungování máme každý fázi odpočinku, aktivity, bdělosti a spánku. Ráno vstáváme s energií a k večeru zase energetická křivka klesá a během toho, co spíme, se zase „dobíjíme“. Depresivní člověk tento přirozený biorytmus má porušen. Již od rána energii klesá, objevuje se nevykonnost, ospalost. A v noci depresivní jedinec nepocítuje útlum natolik, aby byl spánek kvalitní a dostačující. Proto je jedním z projevů deprese porucha spánku a rozpadá se běžné denní fungování. (SMOLÍK, 1996)

Další možnou příčinou deprese o které se mluví, je zvýšené vylučování kortizolu nadledvinami. Hormon kortizol je dáván do souvislosti se stresem, kdy se jej

vyplavuje více. Avšak v tomto případě se nejedná pouze o jeho zvýšenou sekreci vlivem působení stresu. Příčina toho, proč se tak děje není dosud přímo známá a dá se říci, že hyperkortizolémie je spíše vyzorovaný jev u depresivních lidí. (SMOLÍK, 1996)

Další pozorovanou změnou neuroendokrinní oblasti jsou změny ve vylučování růstového hormonu, prolaktinu, luteinizačního hormonu a testosteronu. (SMOLÍK, 1996)

1.6.4 Diferenciální diagnostika

Hlavním úkolem je přesné a důsledné stanovení hlavní diagnózy. Ve většině případech však musí lékař kromě pacientových subjektivních údajů týkající se jeho nemoci získat i objektivní anamnézu (rodina, partner, praktický lékař). Je nesmírně důležité odlišit primární onemocnění od sekundární deprese, která může doprovázet některá onemocnění somatického původu, a i od jiných duševních poruch. (SMOLÍK, 1996)

Lze uvést tyto:

1. Somatická onemocnění a poruchy nálady – maligní tumory, poškození nervového systému, různá infekční onemocnění, endokrinní poruchy, srdečně-cévní nemoci, chronické nemoci.
2. Depresivní prožívání vyvolané užitím psychoaktivních látek – intoxikace či abstinční syndrom
3. Demence – lze stanovit pomocí CT vyšetření a EEG
4. Psychotická onemocnění – schizofrenie a schizoafektivní porucha
5. Dysthymie – pokleslá nálada s mírnějšími příznaky, oproti depresi, pozvolnějšího průběhu
6. Bipolární afektivní porucha – nemoc s hypomanickými či manickými epizodami
7. Poruchy přizpůsobení – objevují se v zátěžových situacích
8. Nekomplikovaný zármutek – ztráta partnera, přirozeně odezní za 2 až 3 měsíce. Oproti depresi zde nejsou sebevražedné myšlenky, psychomotorické zpomalení.
9. Poruchy osobnosti
10. Občasné období sklíčenosti – patří k běžnému životu (SMOLÍK, 1996)

1.7 Možnosti léčby deprese

Terapie si dává za hlavní cíl – vyléčit depresivní onemocnění ve smyslu odstranění příznaků nemoci, snížit či odstranit rizika relapsu (znovu vzplanutí nemoci) a tím pádem navrátit původní kvalitu života, to znamená obnovení pracovního a společenského uplatnění. (BREZNOŠČÁKOVÁ, 2008)

Ve světě je nejvíce rozšířená léčba pomocí antidepresiv. Dále se v terapii uplatňují psychoterapeutické přístupy a biologická léčba (fototerapie, elektrokonvulzivní léčba). Ideální a vhodným řešením je spojit více možností léčby. Pacient může tedy užívat medikaci a současně docházet na psychoterapii. U lehčích forem deprese někdy stačí sama psychoterapie, u těžších stavů je někdy nutné zasáhnout ještě jinak, například pomocí elektrokonvulzivní terapie. (HÖSCHL, 1997)

Všeobecně lze říci, že možností řešení depresivních obtíží je dost a léčba je až v 80 % účinná. (PRAŠKO, 2015)

Neléčená depresivní epizoda u poloviny nemocných odeznívá sama přibližně do půl roku a může dojít i k úplnému uzdravení. Přibližně u 20 – 30 % depresivních osob dojde k částečnému ústupu obtíží i po mnoha letech. Stává se ale, že i přes veškerou snahu a možnosti léčby, u nemalého procenta lidí, nedojde nikdy k úplné remisi. (RABOCH, 2006)

Prognóza deprese je vždy o to závažnější, čímž jsou příznaky nemoci na jejím počátku těžší. Platí, že i když člověk prodělá v životě jen jedinou depresivní epizodu, riziko, že se opět objeví je vysoké (až 50 %). Jedinec, který prodělal čtyři tyto epizody, má dokonce 80 % nadějí na to, že se epizoda objeví opět. (PRAŠKO, 2015)

J. Praško uvádí průběh léčby ve 3 etapách:

1. Akutní, která si klade za cíl hlavně zmírnění a odstranění projevů nemoci. Tento proces trvá přibližně 3 měsíce. Jde o obnovení původní funkční schopnosti jedince.
2. Udržovací, která přichází na řadu po odeznění akutní epizody a jejímž úkolem je dosažení zlepšení psychického stavu na dobu 6 – 9 měsíců. Stává se bohužel to, že jedinec se začíná po odeznění akutní fáze cítit dobře z důvodu „krytí“ léky a má farmaka vysadí. Znovuvzplanutí depresivních obtíží na sebe až v 80 % případů nenechá dlouho čekat.
3. Profylaktická (prevence), která navazuje na ukončenou udržovací léčbu a trvá zpravidla roky až celý život. Má velký význam u opakovaných depresivních epizod,

stejně tak u bipolární deprese či dystymie. (PRAŠKO, 2004)

1.7.1 Farmakoterapie

Antidepresiva, tedy základní léky užívané při léčbě deprese, se podávají za účelem úpravy aktivity neurotransmiterů. Pomáhají vytvořit rovnováhu tam, kde je jich nedostačující množství a v důsledku toho, že upravují porušenou rovnováhu, trvá obvykle 3 – 6 týdnů než se projeví jejich účinek. Jejich poměrně velkou nevýhodou jsou časté nežádoucí účinky a je tak důležitým úkolem tyto nežádoucí projevy sledovat. V léčbě deprese platí, že léky je nutné brát dostatečně dlouho. Ideální doba jsou alespoň dva týdny, a poté, je-li neúčinný, lze léčivo vyměnit za jiné. (KVITKOVIČOVÁ, 2013)

V dnešní době je na trhu celá řada antidepresiv, která si můžeme rozdělit do několika skupin:

1. trycicklická a tetracycklická antidepresiva – jsou na trhu řadu let a jsou velmi účinná. Jejich nevýhodou je však pestrá paleta nežádoucích účinků – suché sliznice, zácpa, nízký krevní tlak a závratě, ospalost, riziko přemýku do mánie). Sem lze zařadit Melipramin, Amitriptylin, Anafranil, Noveril, Nortrilen, Prothiaden, Trittico.
2. novější antidepresiva – jejich nespornou výhodou je dobrá snášenlivost, méně nežádoucích účinků a dobrá účinnost na všechny typy deprese. Do této této velké skupiny lze zařadit Wellbutrin, Citalec, Mirzaten, Venlafaxin,.
3. SSRI – je skupina léků, která zpětně vychytává serotonin. To je jejich principem. Nemají nežádoucí účinky na kardiovaskulární a nervový aparát. Nejznámějšími zástupci jsou Sertralin, Escitalopram, Paroxetin, Citalopram. (KVITKOVIČOVÁ, 2013)

Anxyolytika jsou léky, také běžně užívané v léčbě deprese. Depresivní onemocnění často provázejí návaly úzkosti. Tato velká skupina léků má za úkol snižovat napětí a tvoří jakousi ochranou ruku do doby než se projeví účinek antidepresiv. V době, kdy jsem pracovala na psychiatrii, jsem byla až překvapena, kolik těchto léků depresivní pacienti užívají. Později jsem se dozvěděla, že je to právě z toho důvodu. Projevy deprese by byly subjektivně pacienty velmi nepříjemně vnímané, proto, než se antidepresiva začnou plnit svou funkci, jsou užívány tyto léky. Jsou ale podávány v určitých dávkách a ne po dlouhou dobu, protože jejich stinnou stránkou je riziko vzniku závislosti. Známa anxyolytika jsou: Diazepam, Oxazepam, Neuro1, Xanax, Lexaurin, Grandaxin. Do anxyolytika nebenzodiazepinového typu lze zařadit: Anxiron,

Buspar. (KVITKOVIČOVÁ, 2013)

Hypnotika jsou medikamenty navozující spánek, pomáhají usnout, nicméně spánek jako takový nezvyšují. Nejmodernější hypnotika mají rychlý nástup spánku a minimum vedlejších účinků. Lze sem zařadit Dormicum, Hypnogen, Stilnox. (KVITKOVIČOVÁ, 2013)

1.7.2 Elektrokonvulzivní léčba (ECT)

ECT je v dnešní době neúčinnějším a zároveň nejrychlejším postupem u těžších forem deprese a využití má zvláště tam, kde pacienti s depresí nereagují na farmakoléčbu. Lze k ní přistoupit i tam, kde závažná mánie či deprese ohrožují život pacienta, nebo v případě, že si pacient sám tuto metodu léčby přeje na podkladě předchozí dobré zkušenosti. Je to bezpečná metoda, užívaná i u starších lidí a těhotných žen. (KVITKOVIČOVÁ, 2013)

Ještě před samotným zahájením této terapie musí být pacient vyšetřen interním lékařem, který posuzuje rizika ECT vzhledem k tělesnému stavu pacienta. Jelikož jsem měla možnost u ECT asistovat, popíšu, jak to probíhá - samotná šoková terapie je v celkové anestezii, u které je přítomen anesteziolog. Anestezie bývá aplikována žilní cestou (využívá se například Thiopental a Succinyl chlorid). Po uvedení do anestezie je mozek pomocí elektrod přiložených na hlavu stimulován krátkými kontrolovanými elektrickými impulzy. V podstatě se vyvolá epileptický záchvat. Pacient se z anestezie probouzí během několika minut a na průběh zákroku si nepamatuje. Výkon se provádí zpravidla 2krát až 3krát týdně. Kontraindikací však může být zvýšený nitrolební tlak, mozkové nádory, nitrolební krvácení, aneuryzmata. (KVITKOVIČOVÁ, 2013)

1.7.3 Fototerapie

„Fototerapie je léčba jasným světlem pomocí speciální lampy. Tyto lampy je možné zakoupit a po poradě s lékařem používat i doma. Využívá se zvláště u sezónních depresí, které se s pravidelností vyskytují na podzim nebo v zimě. Léčba má pokrývat celé rizikové období, denně zabere v ranních hodinách podle intenzity světla půl hodiny až 2 hodiny. Je to bezpečná a dobře snášená metoda“ (BREZNOŠČÁKOVÁ 2008, s.37)

1.7.4 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)

„Jedná se o poměrně mladou metodu využívanou v terapii deprese. Princip této metody tkví v tom, že ovlivňujeme mozek pomocí proměnného magnetického pole. Tak vytváří elektrické výboje a dochází k depolarizaci kortikálních neuronů a způsobuje změny v navazujících mozkových oblastech. Dochází k ovlivňování metabolické aktivity nervových buněk a kortikální excitability. Kontraindikací provedení zákroku je epilepsie, pacemaker, kov v dutině lební. Je to bezpečná a celkem i dobře snášená metoda.“ (GREDEN, 2001) [vlastní překlad autorky této práce]

1.7.5 Spánková deprivace

Deprivace znamená všeobecně nějaké omezení potřeb. Spánková deprivace je stav, kdy si odepřeme spánek. V běžném životě si spánek také můžeme odepřít (například práce dlouho přes noc, začteme se do knihy). Dokonce se využívala dříve jako způsob mučení. V případě léčby deprese se však prokázalo, že tím, že má pacient krátkodobě omezenou dobu spánku, se zlepšuje nálada (protidepresivní účinek). Tento efekt však je krátkodobý – většinou trvá jen do dalšího vyspání se a nelze jej doporučit všem nemocným depresí. Funguje to takto: depresivní lidé mají prodlouženou spánkovou dobu REM. Tím, že zamezíme této fázi. (<http://ose.zshk.cz>)

1.7.6 Společnost a skrytá rizika deprese

Deprese je závažné duševní onemocnění, které není dobré podceňovat. Alespoň ze začátku s sebou přináší různá omezení, která se podepisují na kvalitu života nemocného. A to zejména na vnímání sebe samého, podepisuje se na mezilidských a rodinných vztazích, sociálním fungování ve společnosti, na somatické stránce jedince. (PRAŠKO, 2015)

Často se u depresivních osob lze setkat s myšlenkami na smrt. Jsou to automatické negativní myšlenky. S pomocí KBT se dají zvládnout, avšak pro nemocného jsou vnímány velmi intenzivně a pacient jim často věří. Stává se, že člověk nevidí jiné východisko a z myšlenek na smrt se stane sebevražedný pokus či dokonaná sebevražda. (PRAŠKO, 2015)

V praxi jsem se setkala s pár mladými lidmi, kteří spáchali sebevraždu. Často jsem o nich přemýšlela a snažila se přijít na to, kde se stala chyba, co vedlo toho nemocného k tomu, že raději ukončil svůj život. Co by bylo teď, o několik let později,

s tím depresivním mladým člověkem. Třeba by byl teď spokojený, vyrovnaný, a naučil se depresivní obtíže adekvátně zvládat.

Sebevražedné jednání je zřejmě největším potenciaálním rizikem s jakým se depresivní člověk může setkat a představuje nejzávažnější problém. Je s depresí nejčastěji spojováno. Myšlenky na smrt mohou být tak silné, že nemocný nevidí jiné východisko. (KOCOURKOVÁ, 2007)

Sebevražda je lidský čin sebepoškození. Není nemocí a ani není žádnou biologickou anomálií. Není ani nemorální (i to tak může být považováno). A ani se nejedná o trestní čin. Pokud zde není zásah zvenčí, sebevražedný pokus, kterému mohlo předcházet i sebepoškozování, může končit sebevraždou. (KOCOURKOVÁ, 2007)

„Suicidiální projevy představují širokou škálu chování a prožívání, na nichž se podílejí behaviorální, kognitivní, emoční a interpersonální aspekty. Při těchto projevech jsou přítomné vědomé i nevědomé motivy a souvislosti. Suicidiální chování představuje širší pojem, obsahující nápady, myšlenky, výroky a proklamace, aniž by muselo dojít k vlastnímu suicidálnímu aktu. Suicidální jednání zahrnuje behaviorální projevy, které aktivně směřují k sebevražednému počínání (např. příprava suicidálních prostředků).“ (KOCOURKOVÁ, 2007, s.11-12)

Dalším velkým rizikem, který jsem stačila vyzorovat při výkonu svého zaměstnání na psychiatrii, bylo to, že celkem velká část nemocných inklinuje k nějaké návykové látce. Nejčastěji to byl alkohol, cigarety, benzodiazepiny a hypnotika.

Velkým strašákem všech duševně nemocných a depresivní nevyjímaje, je riziko relapsů. To, že se vyléčí a může opět fungovat je dobrá zpráva, ale je nesmírně důležité, aby o možných relapsech pacient věděl, a měl dostatek informací o tom, jak se zachovat v případě, že se projevy nemoci objeví opět. Je vždy určité riziko, že když se epizoda objevila jednou, může se objevit i podruhé, potřetí, počtvrté... (PRAŠKO, 2004)

Ztráta či omezení průčeschnosti je dalším skrytým rizikem, nebo spíše možným důsledkem, nemoci. I přesto, že velká část lidí pracovat chce, deprese jim to často nedovoluje a tito pacienti končí v invalidních důchodech. To platí hlavně v případech opakovaných hospitalizací. (BREZNOŠČÁKOVÁ, 2008)

Často se lze také setkat u depresivních pacientů s dalšími přidruženými poruchami. Nejčastěji se jedná o úzkostné poruchy, která mohou mít velký vliv na rozvoji deprese, nebo jako následek samotného depresivního onemocnění. I zde se jedná

často o úzkostné a fobické poruchy. (PRAŠKO, 2015)

Setkala jsem se s mladou ženou, která trpěla silnou panickou poruchou. Ta ji naprosto ochromila a z normálně fungujícího jedince udělala ženu, která nebyla schopna vyjít z domu. Následkem uzavření se a silnému omezení mezilidského kontaktu se jí rozvinula lehká depresivní epizoda.

2. Sociální práce jako forma pomoci

Sociální práce je obor, který má ve své podstatě pomáhat lidem tam, kde je potřeba vyrovnat se jednak s nezměnitelnými stávajícími problémy nebo má vést k odstranění či omezení obtíží či ke zlepšení, tam, kde sociální situaci zlepšit lze. Tuto péči poskytuje jak jednotlivcům, rodinám, tak skupinám a komunitám. Mezi tím vším stojí poměr mezi tím, co lze umožnit v rámci určitých norem a tím co, chce sám klient (klienti). Výsledkem by měla být určitá souhra právě mezi tím, co nabízí normy a přáním klienta. Cílem takové práce je pak podpora k fungování každého klienta v jeho sociální situaci a vytváření podmínek k plnění tohoto cíle. (MAHROVÁ, 2008)

Cílem takové práce pak má být:

- podpora klienta, k tomu, aby byl schopen adekvátně řešit svou situaci
- přizpůsobit se nárokům prostředím
- nabídnout a zprostředkovat nabízené služby
- napomáhat k tomu, aby systém podpory fungoval humánně a efektivně
- podílet se na rozvoji a sociální politiky a jejího fungování (MAHROVÁ, 2008)

Aby byla poskytnuta kvalitní a profesionální péče, je zapotřebí určitých rysů, a to:

- jedinečnosti, to znamená, že je zapotřebí přistupovat ke každému klientovi v rámci specifického přístupu
- komplexnosti, kdy se soustředíme na hledisko jak sociální, tak psychologické, ekonomické, zdravotní, právní, pedagogické. Znamená to fungovat jako celek. (NAVRÁTIL, 2001)

Běžné aktivity v sociální práci:

- hodnocení klientových potřeb a životních okolností
- poskytnutí a zprostředkování služeb klientům v rámci zhodnocení jeho situace
- vlastní realizace takových aktivit, které mají pomoci řešit problémy
- vyhodnocování možných ohrožení, kterým může být klient potenciálně ohrožen
- návrh a samotná realizace ochranných plánů
- tvorba posudků pro řešení soudních jednání (NAVRÁTIL, 2001)

- spolupracovat v rámci multidisciplinárního týmu
- návrh a jeho realizace preventivních návrhů
- naplňování zákonem dané povinnosti (NAVRÁTIL, 2001)

2.1 Metody sociální práce

Sociální práce má u nás i ve světě tři pole působnosti, a to:

- individuální práce
- skupinová práce
- komunitní práce (MAHROVÁ, 2008)

2.1.1 Individuální práce

Její rozvoj lze směřovat do USA do 1. poloviny 19. století. Termín poprvé použila Mary Richmondová, která kladla důraz na sociální vztahy a na studium klientova sociálního prostředí. Za ústřední body práce považovala dvě základní věci, a to jednak intervenci do prostředí, ve kterém klient žije a vytvoření dobrého vztahu mezi klientem a pracovníkem. Vznikají termíny jako sociální diagnóza, anamnéza a terapie. Velký důraz je kladen na právo jedince na sebeurčení, na právo být sám sebou a na jedinečnost klientových cílů s tím, že konečná volba je vždy způsobu života je v rukou klienta a nikoliv pracovníka. Klient je zapojen do řešení svých problémů. Současná doba pojímá individuální práci jako formu práce s jednotlivcem či rodinou, kteří potřebují jakoukoli formu individuální pomoci a podpory a jedná se tedy o pomoc individualizovanou.(MAHROVÁ, 2008)

Českou definici individuální sociální práce vytvořila Charvátová: „*Cílem individuální sociální práce je snaha, aby sociální klient změnil svoje vadné životní postoje a byl schopen samostatně řešit své osobní, rodinné i společenské problémy.*“ (MAHROVÁ, 2008, s. 20)

2.1.2 Skupinová práce

Všeobecně lze říci, že sociální skupinu tvoří více jak tři osoby, přičemž tyto osoby jsou ve vzájemném vztahu se společným cílem a členové si jsou vědomy, že do této skupiny patří. (MAHROVÁ, 2008)

Skupinová práce se rozvíjí v období průmyslové revoluce v Anglii, kdy dochází k významným sociálním změnám. Narůstá chudoba, kriminalita a další sociální problémy. Část dobrovolníků se rozhodla nabízet pomoc. Myšlenkou této pomoci bylo

hlavně pochopení problémům chudých vlastní aktivitou v prostředí jejich komunity. Tato myšlenka se rozvíjí i v dalších státech. (MAHROVÁ, 2008)

Skupinová práce je taková forma pomoci, kde je využívána, jako hlavní postup řešení problémů, skupinová dynamika (to, jak se lidé ve skupině chovají). Tato forma práce probíhá buď ve zdravotnických zařízeních – léčebny pro duševně nemocné, nebo mimo tato zařízení – manželské poradny. Skupinová terapie sebou přináší vhled do problému, změnu nevhodných postojů, zrání klienta a řešení problémů. (NAVRÁTIL, 2001)

Průběh skupinové práce lze rozdělit do následujících kroků:

- sestavení skupiny, to je výběr členů, jejich počet, pohlaví, věk a plán práce se skupinou (cíle naší práce, náplň setkávání a styl vedení)
- zahájení skupinového sezení – zde na úvod představujeme jednotlivé členy a uvádíme organizační věci
- průběh, který je procesem, kde členové formulují své potíže, učí se jim porozumět a hledají řešení problémů
- ukončení skupinové práce (<http://media1.mypage.cz>)

2.1.3 Komunitní práce

Jak vysvětluje slovník cizích slov, komunitu lze definovat jako spolek osob, kteří sdílejí určitý prostor, na kterém se odehrávají každodenní aktivity. Je to skupina lidí, kteří pracují a žijí společně. (www.slovník-cizich-slov.abz.cz)

Komunitu lze chápat jako:

- léčebnou – onkologicky nemocní...
- svépomocná, spojena společným problémem - anonymní alkoholici, ženy, které prošly domácím násilím...
- občanská (MATOUŠEK, 1999)

Fáze komunitní práce:

- monitoring – mapování a analýza potřeb
- plánování
- samotná realizace
- zhodnocení efektivity práce (www.media1.mypage.cz)

Jak uvádí G. Mahrová, komunita je definována za základě:

- lokality, sem spadá obec, část města...

- lidí, které pojí určité podmínky či společný problém, sem lze zařadit například studijní komunitu. Způsob komunitní práce má respektovat potřeby kulturní a rasové, biologické, etnické, psychologické, sociální a ekonomické s tím, že, rozdíly mohou být velmi odlišné. (MAHROVÁ, 2008)

V této formě práce je klientem komunita. Komunita má své potřeby a ty jsou pro práci stěžejní. Jde zde především o proces uvnitř skupiny, při němž pracovník využívá jejich možností. Sociální problémy, se kterými se komunita potýká, mají být následně také odstraněny pomocí prostředků samotné komunity. Přičemž proto, aby sociální pracovník dobře identifikoval problémy dané komunity, musí tuto skupinu velmi důkladně a nezbytně poznat a zjistit vliv komunity na její členy. Komunitní práce má za cíl rozvoj a podporu rovnováhy mezi zdroji komunity a samotnými členy. (NAVRÁTIL, 2001)

2.2 Sociální práce s duševně nemocnými klienty

Sociální práce v oblasti péče o duševně nemocné představuje pomoc, s různými rozsahy a cíli, tzn., že napomáhá tam, kde je potřeba duševní stabilitu obnovovat či pečovat o dlouhodobě psychicky nemocné. Sociální pracovník, jako člen multidisciplinárního týmu, má nezastupitelné místo a zvláště v případě závažných duševních obtíží, představuje často roli primární. A je nezbytné si uvědomit, že člověk, který potřebuje pomoc sociálního pracovníka, může mít individuální problémy, které zasahují do jeho života a kterými se liší od jiných duševně nemocných. (MATOUŠEK, 1999)

I přesto, že v oblasti sociální práce představuje člověk klienta, který využívá sociálních služeb, a stává se tak rovnocenným partnerem, jehož konečná volba závisí vždy na něm samotném, jsou případy, kdy toto pojetí nemusí být úplně přesné. Příkladem jsou právě například psychiatrickí klienti, kteří v některých případech musí být hospitalizováni proti své vůli. Nastávají i situace, kdy vlivem duševních obtíží, dochází k ohrožení jejich sociálního fungování ve světě, narušení zdraví až života. (MAHROVÁ, 2008)

Z tohoto pohledu bývá psychiatricky nemocný často považován za pacienta, který musí dodržovat to, co se mu řekne. Úkolem sociálního pracovníka by mělo být to,

toto pojetí změnit a měl by být vytvořen takový vztah, který zaběhnuté stereotypy a z pacienta se stává klient a v této roli by měl setrvávat. Podporu klientské role určitě ocení. Úskalím tohoto přístupu se avšak může stát a v praxi stává, že nemocnému se v patientské roli natolik líbí, že se necítí tolika odpovědný za své chování a činy a v této pozici zůstává. Zde se vyplatí zapojovat do procesu léčby okolí a to motivovat k tomu, aby podporovalo klientovu samostatnost a jiné schopnosti. (MAHROVÁ, 2008)

Já osobně jsem se v praxi setkávala s tím, že rodina, ač to myslela dobře, klienta neúměrně opečovávala. A to (a nejen z mého pohledu) zcela zbytečně. Podporovat nemocného, který se například chorobně bojí vycházet z bytu v tom, aby tedy raději zůstal doma, není rozhodně správné. Bude to znít asi zvláštně, ale někdy jsem měla pocit, že terapii by potřebovala hlavně rodina a samotný klient by potřeboval hlavně se osamostatnit a nebýt na jednotlivých členech tak závislý.

P. Navrátil uvádí základní postoje, které by měly být pro každého sociálního pracovníka klíčové:

- nehodnotící postoj
- individualizace
- objektivita
- respekt, vůči právu na sebeurčení
- akceptace
- zachování důvěrnosti
- kontrolovaná emoční angažovanost
- vyjadřování pocitů (NAVRÁTIL, 2001)

Tyto charakteristiky by měl každý sociální pracovník brát na zřetel. A to nejen při práci s duševně nemocnými. Je nezbytné si uvědomovat, že i psychiatricky nemocný je také člověk, který potřebuje pomoc. Jedná se o člověka se specifickými potřebami a jejich následným uspokojováním. Rozhodne-li se pracovník zaměřit svůj profesní život tímto směrem, měl by být schopen zvládat zátěž, která práce s takto nemocnými obnáší. A měl by být dostatečně vzdělán a důležitý je vhléd do situace. (NAVRÁTIL, 2001)

2.2.1 Komunikace jako nástroj spolupráce

Správná komunikace, je základním pilířem práce s duševně nemocnými. Jelikož se pracovník setkává při výkonu práce s různými obtížemi, typy osobností, pozměněnými stavy psychiky, má být zručný v komunikaci a být připraven na to, že ne všechno může jít takovým směrem, jak si představoval. Není přípustné nemocnému vracet nadávky, urážky. A pro udržení psychické pohody samotného pracovníka, nebrat si nic osobně. Komunikace v sociálních službách by měla sloužit pro vzájemné dorozumívání, ve kterém mají obě strany určitý prostor vyjádřit svá stanoviska. Někdy je zapotřebí dát nemocnému více času. Například i při běžné diskuzi s depresivním klientem, lze narazit na uzavřenost klienta. Nebo se může jednat i jen o „obyčejnou“ trému ze strany klienta. (KOPŘIVA, 2011))

Formy komunikace:

- verbální, to je řeč mluvená či psaná pomocí lidské řeči
- neverbální, která zahrnuje všechny znaky, kterých si všímáme pomocí zraku a tělesného kontaktu

Jeden z nevlivnějších psychologů, Carl Rogers, se snažil o prosazení „terapie zaměřenou na člověka“, a jehož cílem bylo vytvoření takového klimatu a prostředí, ze kterého sálá důvěra a účast, aby se klient cítil sám sebou. Sázel při tom na empatii, naslouchání a porozumění světu klienta. Tímto přístupem výrazně ovlivnil další psychologické směry. (MEARNS, 2013)

Snad nejdůležitějším činitelem, který podporuje práci s klientem, je umění naslouchat. Naslouchání je určitá dovednost pozorovat a číst v chování, které k nám vysílá druhá strana, tedy klient. Stává se, že slova z úst klienta, vyjadřují něco jiného než to, co se k nám dostává prostřednictvím nonverbální projevů. V naslouchání jde tedy o proces sledování veškerých projevů klienta. (KRATOCHVÍL, 1998)

Vedení rozhovoru v psychosociální praxi:

- má dojít k tomu, co klient potřebuje, snaha zjistit pacientovi potřeby a vytvořit plán k jejich plnění a přizpůsobit aktuálního stavu. Už jenom tento krok slouží k vytvoření dobrého vztahu.
- dělá-li si pracovník poznámky, a to buď v písemné formě, diktafon či kameru, je nutné

klienta na toto upozornit

- dbát na vhodné prostředí k vedení rozhovoru. Místo by mělo být klidné, ničím nerušené, příjemného dojmu bez zbytečných bariér. (NAVRÁTIL, 2001)

Bariéry v komunikaci s duševně nemocnými:

Jelikož pracujeme se specifickou skupinou klientů, je nutné brát na zřetel možné překážky, se kterými se můžeme setkat a které je vhodné eliminovat.

- ze strany klienta v důsledku samotné psychické nemoci (halucinace, bludy, panický strach, těžká forma deprese, pláč, poruchy myšlení, manický syndrom...)

- interní bariéry na straně klienta – nedůvěra, špatné zkušenosti se sociální pomocí, neadekvátní chování, nemluvný klient či naopak velmi hovorný, fyzické nepohodlí, jazyková bariéra...)

- bariéry ze strany pracovníka – nedostatečný vhled a orientace v problematice duševních poruch, osobnostní nedostatky, které se promítají do práce, prostředí ve kterém se pracuje...) (NAVRÁTIL, 2001)

Sociální pracovník, který vykonává svou profesi na poli duševního zdraví a jeho poruch, se musí orientovat a mít znalosti jak z psychiatrie, ale také v samotné sociální politice. Musí znát legislativu, standardy sociální práce a v neposlední řadě i řád organizace, která péči poskytuje. Aby byla poskytnuta kvalitní a odpovídající péče individuálnímu klientovi, musí pracovník umět získat anamnézu o klientovi a jeho okolí, která zahrnuje mimo jiné zázemí klienta k sestavení vhodných intervencí a jejich plnění a hodnocení výsledků. (MATOUŠEK, 1999)

2.2.2 Možnosti pomoci duševně nemocnými

Na poli pomoci psychiatrickým nemocným, existují instituce, které se zabývají péčí o lidi, kteří mají nějaký duševní problém. Jsme jenom lidé, a každý se v životě můžeme setkat s celou řadou pro nás obtížných situací, kde ztratíme kontrolu a zvládnutí situace je tak obtížné, že nevíme jak se dostat ze zapeklitého přívalu emocí, které nás v tu chvíli zaplaví. Proto se v první řadě se zmíním o krizové pomoci v rámci krizových center, které poskytují pomoc lidem v nějaké obtížné situaci. (VODÁČKOVÁ, 2012)

D. Vodáčková popisuje krizovou intervenci takto: „*Krizová intervence je odborná práce s klientem v obtížné situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou,*

nepříznivou, ohrožující. Pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování.“ (VODÁČKOVÁ, 2012 s. 60)

V oblasti krizové pomoci může člověk v krizi vyhledat Centra krizové intervence a to buď, přímou návštěvou takového zařízení nebo v rámci telefonické krizové intervence. (VODÁČKOVÁ, 2012)

Posunu-li se dále od krizových služeb, nacházím další možnosti na poli pomoci lidem v obtížných situacích, je možná konzultace s psychologem/psychoterapeutem. Z vědomostí, které jsem získala, mohu doplnit toto: v některých případech, a to zvláště tam, kdy se obtíže zhoršují, trvají delší dobu a jsou člověkem vnímány jako nezvladatelné, je nutné vyhledat pomoc psychiatra. Ten většinou předepíše léky, které mají pomoci obtíže řešit a zvládat. Někdy doporučí také hospitalizaci na psychiatrickém oddělení dle typu obtíží. Klient nastupující k takové léčbě je buď hospitalizován na:

- uzavřeném oddělení, kam jsou umísťováni lidé, u kterých hrozí nějaká forma ublížení na zdraví sobě či okolí, potřebují zvýšený dohled a režim otevřeného oddělení by nezvládali, velmi často se jedná o psychotické klienty, ale i lidi v těžké depresi či mánii
- otevřeném oddělení, což je oddělení, kde klienti plní určité intervence v rámci režimu daného oddělení, probíhají zde různé formy terapie, a jejich stav umožňuje pobyt na takovém oddělení, bývají to klienti s lehčími až středně těžkými formami deprese, poruchami osobnosti, úzkostnými poruchami.
- oddělení specializovaná na určité psychické obtíže, jako jsou např. úzkostné a fobické poruchy, poruchy příjmu potravy...zde se lidé učí obtíže zvládat pomocí psychoterapeutických přístupů
- denní stacionáře, které nejsou vyloženě odděleními, kde by klienti byli hospitalizováni. Dochází sem většinou v dopoledních hodinách a věnují se nejrůznějším činnostem, jako je např. nácvik sociálních dovedností či nácvik zvládnání různých obtíží, existují stacionáře pro psychotiky, úzkostné lidi, mentálně postižené...

Musím se zmínit i o svépomocných skupinách, kterou tvoří lidé s určitým společným problémem. Může se jednat o anonymní alkoholiky, ale i o skupinu sdružující osoby s duševně nemocným člověkem v rodině.

Z mého pohledu je důležitým úkolem sociálního pracovníka spolupráce s psychiatrem a vhodné doporučení dalšího postupu po propuštění z léčebného zařízení. Je dobré totiž zvážit, již předem, co bude po propuštění z nemocnice. Po takové hospitalizaci se člověk totiž může dostat do situace, že najednou neví co dál. V procesu pobytu na oddělení, jak jsem vyzorovala, totiž dochází k takovému souznění. Klient kterému jeho rodina a okolí často nerozumí a bagatelizují obtíže, najednou dostane pocit, že zde, na oddělení, je přijímán a pochopen takový jaký je. Po propuštění se stává, a to i přesto, že odchází stabilizovaný, narazí na „tvrdou realitu“. Padají na něj běžné věci a je zmaten z toho, že okolí i tak nechápe. Což je ale ovšem záležitostí kvalitní psychoedukace a rodinné terapie rodinných příslušníků a jejich schopnosti pochopení a přijímání situace.

2.3 Možnosti psychoterapie v léčbě deprese

2.3.1 Psychoedukace

Psychoedukace je terapeutický postup práce, jehož hlavním úkolem je poskytnout pacientům a jejich rodinám co nejvíce dostupných informací o samotné nemoci a možnostech její léčby. (PRAŠKO, 2004)

„Důležité je poskytnout nemocným podporu a vysvětlit jim, že fáze nemoci se může vrátit. Zásadní je upozornit je na nutnost dlouhodobé léčby léky. Příbuzné, v rámci psychoedukace, se snažíme naučit rozlišit, co je projev nemoci a co je osobnostní rys nemocného, protože to často bývá rodina, která si všimne, že něco není v pořádku. Psychoedukace poskytuje návody jak si uspořádat život, a to zejména v období po propuštění z léčby,“ (PRAŠKO, 2004, s.55).

2.3.2 Psychoterapie

Psychoterapie je léčebná metoda, která při svém působení využívá psychologické prostředky. A do nichž lze zařadit slova, mimiku, mlčení, emoční vztahy, učení, manipulaci prostředím aj. (MALÁ, 2002)

Psychoterapie využívá psychologických prostředků – verbálních i neverbálních podnětů, různých stimulací emocí, učení, vlivů dynamiky skupinových vztahů a interakcí atd. (VÁGNEROVÁ, 2002)

Napomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, představami, myšlenkami, city a chováním. Ze začátku terapie bývá často terapeut tím

dominantnějším článkem a postupně se pacient stává aktivnějším. Psychoterapie probíhá buď individuálně nebo v rámci skupiny. (VÁGNEROVÁ, 2002)

„Psychofarmakoterapie není protipólem psychoterapie, ale obě léčebné metody se komplementárně doplňují.“ (VYMĚTAL, 2003, s.247)

Psychoterapie je terapeutické působení ve kterém terapeut využívá svých dovedností a své osobnosti k tomu, aby bylo na straně klienta dosaženo žádoucích změn vztahujících se k vhodnějšímu a uspokojivějšímu prožívání, chování v sociálních vztazích a začlenění ve společnosti. Jedná se o setkávání psychoterapeuta, který pomoc poskytuje a člověka, který o pomoc žádá. (VYBÍRAL, 2010)

Psychoterapie u depresivním klientů má velký význam a jejími stěžejními cíli jsou:

- porozumění tomu, co se děje
- vyrovnat se s vlivem deprese na svůj život
- omezit či úplně odstranit negativní patologické prožitky
- získat přirozenou kontrolu nad svým životem
- snížení obav z deprese
- vyrovnání se s potenciální stigmatizací nemoci
- zlepšení či navrácení psychosociálního fungování mezi epizodami
- vyhnutí se riziku zneužívání návykových látek
- plánování do budoucna s rizikem vzniku nových epizodickým
- vytvoření krizového plánu v případě znovuvzplanutí nemoci (PRAŠKO, 2015)

Pro depresivní pacienty jsou vhodné zejména tyto formy psychoterapie:

- **kognitivně-behaviorální terapie**, je postup léčby, který má za úkol přijetí a pochopení nemoci, eliminaci depresivního myšlení, úpravu vzorců maladaptivního chování, podporu komunikace s druhými a relaxaci. Využívána je zejména u lehčích a středně těžkých depresí. V zásadě učí nemocné zacházet s příznaky a problémy, které nemoc přináší. Trénuje i dovednosti potřebné pro zvládnutí stresových situací a tím přispívá k budování sebevědomí a sociální adaptace. (BREZNOŠČÁKOVÁ, 2008)
- **interpersonální terapie** se zaměřením na snižování zátěže, kterou klade nemoc na vztahy s blízkými (BREZNOŠČÁKOVÁ, 2008)

- **rodinná terapie** jako nástroj k nalezení nové rovnováhy v rodině pacienta, zlepšuje vztahy mezi jednotlivými členy, protože je velmi důležité, aby bylo v rodině vytvořeno „příjemné klima“ bez prudkých emocí, výčitek, hádek. Což bývá nelehký úkol. Objevuje se totiž fenomén hledání viníka za psychické obtíže a je nutné si uvědomit, že deprese je nemoc, kterou nelze zavinit zvenčí. Kvalitní rodinná psychoterapie je o zklidňování vztahů a hledání rovnováhy pro všechny členy rodiny. (BREZNOŠČÁKOVÁ, 2008)

Rodina představuje pro nemocného jakýsi záchranný kruh. Fungují-li vztahy v rodině, pacient ví, že na její členy se může spolehnout a je zde velká opora a podpora, má to nesmírně velký vliv na léčbu. Je důležité, aby rodina nemocného deprese porozuměla, protože i ona je nemocí zasažena. (PRAŠKO, 2004)

2.3.3 Psychoterapeutické přístupy

Sem spadají přístupy, které napomáhají v léčbě duševně nemocných. Mohou se však užívat i tam, kde je nějaká duševní obtíž, která se nemusí nutně vázat na psychopatologii, a mají své využití i u zdravých jedinců, kde slouží jako prevence napětí a stresu.

- trénink sociálních dovedností

V tomto tréninku jde o to, aby se pacient naučil zvládat nejdůležitějším sociálním dovednostem, které jsou nezbytné k samostatnému fungování ve společnosti. Při tomto cvičení je využíváno scének a modelových situací, ve kterých nemocný často v běžném životě selhává. Procvičování vede ke komunikační dovednosti, které dodávají sebevědomí a sebedůvěru. Toto je důležité zvláště u psychotických pacientů. (KVITKOVIČOVÁ, 2013)

- trénink asertivity

Výcvik v asertivním chování je určen všem, komu činí problémy s prosazováním svých přání a nemusí se jednat jen o psychiatrické pacienty. Nemocný si v rámci léčebného systému osvojuje tento trénink formou cvičení a úkolů pod vedením terapeuta. Jsou užívány postupy, jež mají přinést návod na zvládnání různých druhů kritiky (oprávněná/neoprávněná), odmítání požadavků, vyjadřování nepříjemných pocitů, umění říci ne. (MATOUŠEK, 1999)

„Asertivita je komunikační styl, přímé, přiměřené a upřimné vyjadřování vlastních názorů negativních i pozitivních, aniž bychom porušovali práva jiných lidí i svá vlastní“ (JOBÁNKOVA, 2000, s.140)

- mindfulness techniky

Prvním člověkem, který přišel s mindfulness byl americký profesor medicíny Jon Kabat-Zinn, který byl velmi inspirován buddhismem. Mindfulness je poměrně mladý směr, někdy označován jako nová vlna KBT. Mindfulness (všímavost, bdělá pozornost) je o uvědomování si a prožívání přítomného okamžiku. Znamená to vlastně prožívat přítomnost, to co je teď a tady. V podstatě jde o to, že se staneme jakýmsi nezaujatými pozorovateli, kteří zaznamenají jevy, které vstupují do našeho vědomí jsou přijímány takové jaké jsou aniž by byly zkreslené averzí či tužbou a vyhodnocováním. Dá se říci, že necháváme věci a myšlenky být a zároveň vůči sobě máme laskavý postoj. Oproti KBT však mindfulness nemění primárně své jednání a způsoby jak něco uchopit. Mění se postoj, toho co se v nás děje. (WILLIAMS, 2014)

Naše mysl je něčím neustále zaneprázdněná. Mysl depresivního člověka je zahlcována automatickými negativními myšlenkami. Trénink všímavosti pečuje o mysl každého z nás. Pomáhá přerušovat ubíjející lavinu myšlenek, které se nám neustále honí hlavou. Nemůžeme zabránit mysli v tom, aby přemýšlela, ale měla by i odpočívat. Pozornost zaměřená na to, co se děje v přítomnosti, přináší tak úlevu od stresujícího a navyklého způsobu myšlení. (HASSONOVÁ, 2015)

Jelikož jsem absolvovala kurz mindfulness, musím říci, že do života to přináší mnohá pozitiva.

- prevence a snižování stresu

Stres je v běžné řeči v dnešní době hojně užívaným slovem. Lidé všeobecně tímto pojmem označují nepříjemné události. Avšak stres se týká i těch příjemných událostí. Jedná se o způsob reakce lidského těla, ať už tělesnou či duševní, na jakoukoliv změnu. Dá se říci, že okolnosti, které se zdají jako stresové (například učení), stresovými sami o sobě nejsou. Ale to, jak reagujeme (v tomto případě na učení) stresujícím už být může. (COMBY, 1997)

Ze svého pohledu můžu dodat toto: V současné moderní době, orientované

na vysoký výkon, trpí stresem muži i ženy. Pokud postavíme proti sobě muže a ženy, z hlediska stresové symptomatiky, najdeme zde rozdíly. Týká se to zejména četnosti výskytu stresových symptomů. Reakcí žen na stres je spíše pasivita a depresivní ladění. Objevuje se pocit, že je všechno a všichni přetěžují. Reakcí na toto je pro ně spíše útěk. Častěji je postihuje deprese a úzkost. Avšak je nutné zdůraznit, že sklon k depresi a pasivitě není vrozený. Jedná se o naučené chování, za které nese vinu výchova, která u nás žen rozhodne o tom, jak se budeme stavět vysokým požadavkům a problémům. Vždyť ke správné ženě se hodí spíše být pasivní než agresivní.

U mužů si lze všimnout něčeho jiného. Jsou to ti, co reagují agresivním chováním, nadávají a mají sklon spíše jednat nebo vyřizovat. Dochází k nedostatečné sebekontrolě. Bohužel k odreagování často dochází, tím, že muž sahá po alkoholu.

- relaxační techniky

Relaxace má ohromný význam. Pomáhá snižovat či úplně eliminovat nahromaděné napětí. Pro efektivní provedení relaxace je nutné ticho, klid a nerušené soustředění, kdy postupně dochází k tomu, že se jedinec stáhne do sebe a tak zruší své vazby k okolnímu světu. (KVITKOVIČOVÁ, 2013).

Relaxace má za cíl přinést klid a uvolnění. Z praxe vím, že depresivní pacienti však často uvádějí, že se uvolnit neumí, že jejich mysl je stále zahlcena myšlenkami a oni neumějí „vypnout“. Je vhodné uvést, že mysl vypnout nejde. Nejde si říct a dost teď nebudu na nic myslet. Čím více se o to člověk snaží, tím je to většinou ještě těžší. Zde se dobře uplatňuje cvičení soustředěné pozornosti, a to například na dýchání, na jednotlivé části těla, zvuky. (KVITKOVIČOVÁ, 2013)

- pohybová aktivita, cvičení

Pohyb přináší nesmírné výhody pro péči a udržení zdraví. Pravidelné cvičení a pohybová aktivita zlepšuje duševní zdraví a pomáhá zvládat depresi. Je výbornou prevencí deprese, ale i zároveň jejím léčitelem. Pravidelný pohyb zmírňuje smutek. Některé studie uvádějí, že středně náročný cvičební program 3krát 30 minut týdně, snížil depresi stejně účinně jako medikamenty. Uvádí se, že léky začaly fungovat rychleji, což lze vysvětlit i tím, že pohyb vyvolá vyšší tvorbu neurotransmiterů v mozku, které pomáhají proti depresi. (NEDLEY, 2007)

- ergoterapie

Má využití při hospitalizaci, kde tvoří součást léčebného režimu. Dále se s ní setkáváme například i v denních stacionářích. Jejím cílem je hlavně to, aby dopomohla nemocnému k obnově schopnosti pracovat. Ta vlivem deprese (a jiných psychických obtíží) může být změněna. Přispívá k celkovému pocitu pohody, pozitivně také přidává díl k procesu uzdravení a napomáhá v rozvoji a znovuzískání dovedností k tomu, aby byl člověk činný. (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011).

- arteterapie

Arteterapie je založena na výtvarných projevech nemocných jako základní terapeutický prostředek, přičemž nejde o dokonalé, konečné dílo, ale jako o proces tvorby. Existuje široká škála arteterapeutických technik. Přes čmárání tužkou, kresby prsty namočených v barvě, koláže z novinových výstřižků, tvoření z přírodních materiálů, modelování, kresba ve dvojici až po kreslení na dané téma (vlastní portrét, rodina či například vztahy klientů na psychiatrickém oddělení). (MATOUŠEK, 1999)

Všechny výtvarné techniky mají pomoci vyjádřit pocity a pro terapeuta představují přínos v rozeznání pocitů – jinak těžko přístupných, třeba z důvodu nesnadného slovního vyjádření. Během výtvarného procesu dochází u klienta ke slučování vědomých a nevědomých tendencí. (MATOUŠEK, 1999)

Dalšími metodami, se kterými se lze v léčebném zařízení pro duševně nemocné setkat a které jsem během své profese poznala já osobně, jsou například muzikoterapie, taneční a pohybová terapie, neverbální techniky, při kterých jde také o to, aby pacient byl schopen vyjádřit své emoce, které jsou pro něj často hůře popsatelné.

3 Duševní nemoc jako stigma

Všeobecně lze říci, že stigma je pojem označující jakéhokoliv jedince, který je odsuzován na základě jeho vlastností. V případě duševní nemoci se jedná o člověka, který je odsuzován za to, že duševní nemoc má. Toto přesvědčení vzniká na podkladě negativních a nesprávných předsudků a mýtů, které se kolem duševních poruch šíří. Stává se, že se setkáme s člověkem, o kterém ani třeba nevíme, že má duševní obtíže, a aniž bychom si to třeba i uvědomili, začneme jej stigmatizovat. V praxi to znamená, že se k němu začneme chovat jinak než k ostatním, můžeme se mu i vyhýbat. (www.muymindset.cz/)

Lidé s duševními obtížemi se proto ostatním lidem straní. Stává se uzavřeným. Prožívá stud, úzkost a může mít obtíž říci si o pomoc, protože se obává, že se na něj budou všichni dívat skrz prsty. Z toho důvodu nechávají nemoc často dojít až do závažnějšího stadia a tím poté třeba dlouhodobějšího léčebného procesu. Vždy ale platí, že duševní nemoci jsou nemoci jako každé jiné. (www.muymindset.cz/)

Stigma zasahuje všechny oblasti života a následně dochází ke zhoršení kvality života. Lze si jistě představit situaci, kdy jde duševně nemocný k praktickému lékaři, například s bolestí na hrudi, a ten mu sdělí, že to je “ Vaší depresí a úzkostí“ i když ten člověk ví, že to tak rozhodně není. Nebo situace, kdy je duševně nemocný na návštěvě a rodina neví, jak se k němu vlastně mají chovat. Dobré mezilidské vztahy mohou být pro duševně nemocného velkým problémem. A to platí i u práce. Nemocný se často stydí za své obtíže a má obavy z toho, jak se k němu v zaměstnání budou chovat, ba jej třeba i nepropustí. Může docházet k šikaně. Proto jedinec často obtíže tají a psychiatrickou hospitalizaci, která může trvat i 5 týdnů, tají za bolestmi zad či za lázně. (www.muymindset.cz)

Není ani výjimkou, že stigmatizace přichází ze strany těch nejbližších, a to rodiny. Může dojít i k rozchodu partnerů, i přesto, že podpora je pro duševně nemocné to nejdůležitější. Nebo takoví lidé mají problém navázat partnerský vztah pramenící opět z předsudků a mýtů o duševních poruchách. (www.muymindset.cz)

V naší společnosti jsou stále duševně nemocní stigmatizováni, i přesto, že je snaha toto pojetí měnit. Pro nemocného to má za následek pocit domnělé méněcennosti. Má za následek odmítání jeho nositele okolím. Stigmatizovaní jedinci jsou vystaveni různé míře odmítání v běžných každodenních situacích (partnerské vztahy, bydlení,

pracoviště, zájmové činnosti). Stigma může vést k posílení příznaků duševní poruchy. Nemocným lidem snižuje sebedůvěru. Vede ke strachu a úzkosti. Dochází k omezování dřívějších sociálních kontaktů, opatrně komunikují a vyhledávají podobně stigmatizované. Stigma se netýká jen pacienta samotného, ale i celé jeho rodiny. Dopad na rodinu je hlavní příčinou dlouhého váhání, než vezme na vědomí, že jejich člen je duševně nemocný. (MARKOVÁ, 2006).

Duševní nemoc a další duševní obtíže vždy spíše byla a i dnes ještě bývají pokládány za soukromou záležitost nemocného. Od nepaměti panovalo přesvědčení, že nemoc si pacient zavinil sám svou slabostí, neschopností, patologií na svém charakteru. Skutečnost je ovšem taková, že se jedná o duševní poruchu a nemocný si ji sám svou vůlí nepřivodil. (HAUSNER, 1978).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, jaké oblasti života, v kontextu kvality, jsou depresí nejvíce zasaženy a ovlivněny. Proto jsem se při tvorbě dotazníku soustředila na ty oblasti života, na které depresivní onemocnění má největší vliv. A druhým velkým cílem bylo zjistit, zda se v těchto jednotlivých oblastech nějak liší s depresí léčené ženy a muži.

Na základě toho jsem stanovila tyto výzkumné otázky:

1. Jak moc deprese ovlivňuje jednotlivé oblasti života?
2. Jak se liší kvalita jednotlivých oblastí života žen a mužů s depresí?
3. Které oblasti života dotazovaných deprese nejvíce ovlivnila?
4. Jakým způsobem ovlivňuje rodina kvalitu života depresivního jedince?
5. Jaký je vztah mezi depresivním prožíváním a kvalitou života?
6. Je výrazný je rozdíl v kvalitě života před hospitalizací a po ní?
7. Se kterými obtížemi se potýkají depresivní muži/ženy?

Následně jsem stanovila tyto hypotézy:

H1 Kvalita života depresivních mužů a žen je v některých oblastech života odlišná.

H2 Většina žen i mužů bude hodnotit podporu rodiny jako dobrou.

H3 Pracovní schopnost jedince s depresí po hospitalizaci je zachována.

H4 Ženy častěji pociťují úzkost a beznaděj.

H5 Většina respondentů bude považovat za nejdůležitější v životě zdraví a rodinu.

4.2 Metodologie výzkumu

Pro svou diplomovou práci jsem využila kvantitativní výzkum. A to hlavně z toho důvodu, že jsem se chtěla soustředit na větší počet respondentů.

Kvantitativní výzkum popisuje zkoumanou oblast pomocí proměnných, které lze vyjádřit číslicemi. Ty získáme buď měřením nebo škálováním. To co nám vyjde poté zpracujeme pomocí statistických metod a následně interpretujeme. Pro tento druh výzkumu je vyžadován větší počet dat a respondentů. (REICHEL, 2009)

Zabývala jsem se vlivem deprese na různé oblasti života mužů a žen v hodnocení kvality. Nejedná se tedy o výzkum, ve kterém bych zjišťovala rozdíly v neurobiologických procesech obou pohlaví nebo zda ženy/muži trpí depresí častěji z důvodu zvyšujících se nároků života. O to v této práci nešlo.

Výzkum jsem realizovala v následujících částech:

- stanovení problému
- formulace hypotézy
- testování hypotézy
- vyvození závěru (CHRÁSTKA, 2015)

Dotazník obsahuje 22 otázek, a to 20 uzavřených, jednu polootevřenou a poslední otázka je otevřená. U této otázky jsem oslovila dva respondenty, ženu a muže a ti mi poskytli svou výpověď. Tuto otevřenou otázku jsem vytvořila s cílem zjistit, co osloveným respondentům deprese vzala a co dala.

První část dotazníku je zaměřena na identifikační otázky, jako je pohlaví, věk, rodinný stav, zaměstnanost. V dalších částech se otázky zaměřují profil problémů, na oblasti života, každodenní činnosti a jejich výkon v porovnání kvality, a to jak to vypadalo jeden rok před léčbou nemoci a dva měsíce po propuštění z hospitalizace. Vyplnění dotazníku dva měsíce po hospitalizaci měl určitý záměr. Chtěla jsem, aby respondenti strávili nějakou dobu doma a dotazník nebyl vyplněn ihned po propuštění. Sběr dat probíhal od začátku ledna do konce května. Část otázek v dotazníku byly sestavené mnou, některé byly převzaty (popřípadě upraveny) z dotazníku kvality života WHOQOL-BREF od Světové zdravotnické organizace (česká verze ke stažení na ulozto.cz).

Dotazník byl rozeslán respondentům- klientům psychiatrického oddělení, kteří hodnotili svůj život před hospitalizací a po ní. Jednalo se o klienty s diagnózou deprese, kteří byli hospitalizováni na otevřeném režimovém oddělení. Většina klientů trpěla další přidruženou obtíží, jako je například úzkostná porucha. Proto jsem se rozhodla do výzkumu zařadit i je. Výjimku jsem neudělala jen v případě bipolární afektivní poruchy. Dohodla jsem se s klienty před jejich propuštěním, zda by byli ochotní dát mi svou emailovou adresu a vyplnit mi dotazník. V šesti případech, kdy

respondenti neměli email, jsme toto řešili poštou a ve třech případech osobním předáním.

Celkem bylo rozesláno 58 dotazníků a to 29ti ženám a 29ti mužům. Jelikož se zabývám rozdíly mezi ženami a muži, byl můj záměr takový, abych měla stejný počet obou pohlaví. Návratnost činila 53 dotazníků s převahou žen. Náhodně jsem tedy vymazala tři dotazníky od žen, abych měla stejný počet.

Data z dotazníků, která jsem shromáždila byla podrobena analýze a převedena do tabulek a grafů.

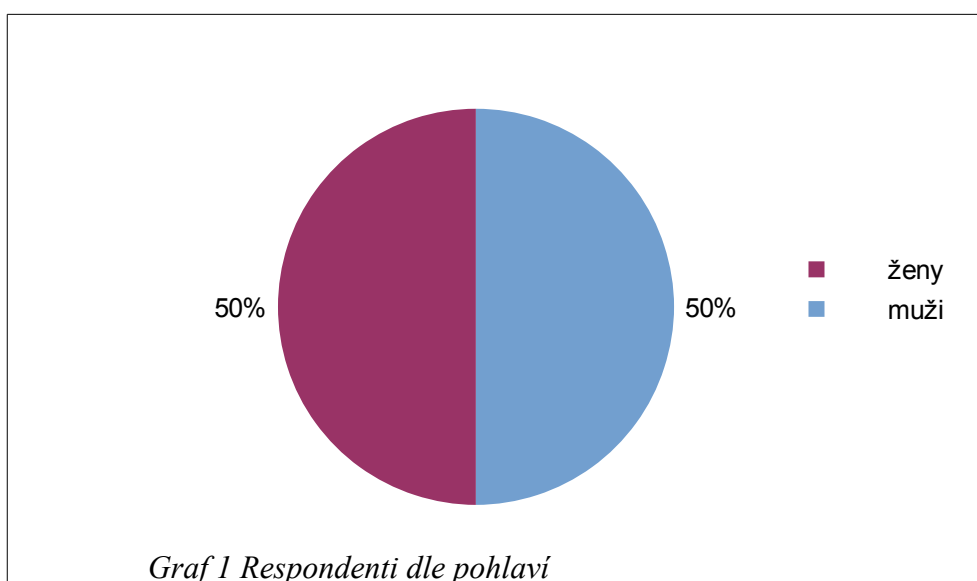
Při tvorbě empirické části diplomové práce byly dodrženy etické normy, které se týkají ochrany zdraví, svobody jedince, psychické rovnováhy. Se zveřejněním dat všichni respondenti souhlasili. Byly dodrženy principy jako: vědecká objektivnost, pravdivost, osobní poctivost a čestnost, originalita, zásadovost a nekompromisnost, sebekritičnost, názorová tolerantnost a skromnost. (SPOUSTA, 2009)

4.3 Popis výzkumného souboru – identifikační otázky

Otázka č. 1 Jste muž/žena?

r = 50	počet odpovědí	v %
ženy	25	50 %
muži	25	50 %

Tab. 1 Rozdělení respondentů podle pohlaví



Dotazník vyplnilo celkem 50 respondentů. Údaje v grafu ukazují rozdělení respondentů podle pohlaví. Vidíme, že 50 % tvoří ženy a 50 % je tvořeno muži. Poměr respondentů je tedy 50:50.

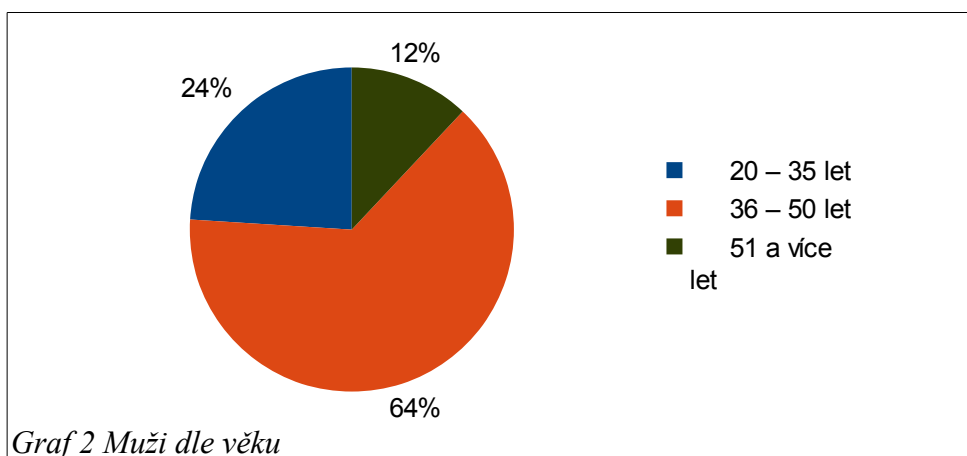
Otázka č. 2 Věk respondentů

r = 25	počet odpovědí	v %
20 – 35 let	12	48 %
36 – 50 let	8	32 %
51 a více let	5	20 %

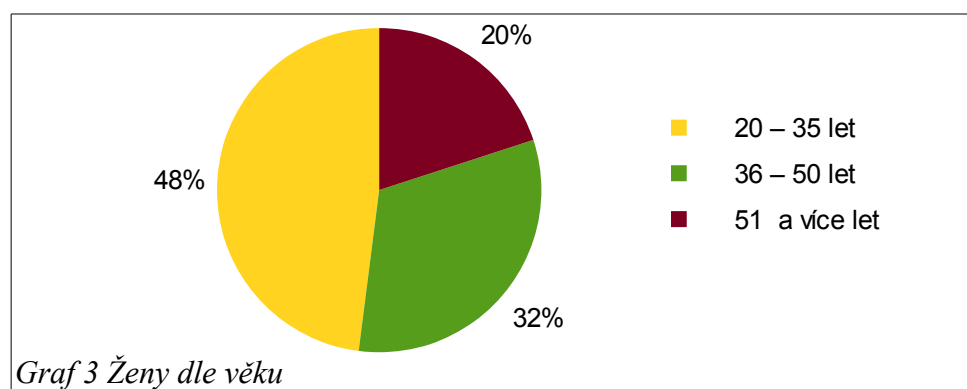
Tab. 2 Rozdělení žen dle věku

r = 25	počet odpovědí	v %
20 – 35 let	6	24 %
36 – 50 let	16	64 %
51 a více let	3	12 %

Tab. 3 Rozdělení mužů dle věku



Graf 2 Muži dle věku



Graf 3 Ženy dle věku

Následující grafy ukazují zastoupení mužů a žen v kontextu věku. Je vidět, že nejvíce dotazovaných žen bylo ve věku 20 – 35 let (48 %). Následuje je skupina žen ve věku 36 – 50 let (32 %) a nejméně jich bylo ve věkové skupině 51 let a více (20 %). U mužů převažovali ti, kterým bylo 36 – 50 let (64 %). Na druhém místě se umístila skupina ve věku 20 – 35 let (24 %). Mužů ve věku 51 a více let tvoří 3 respondenti.

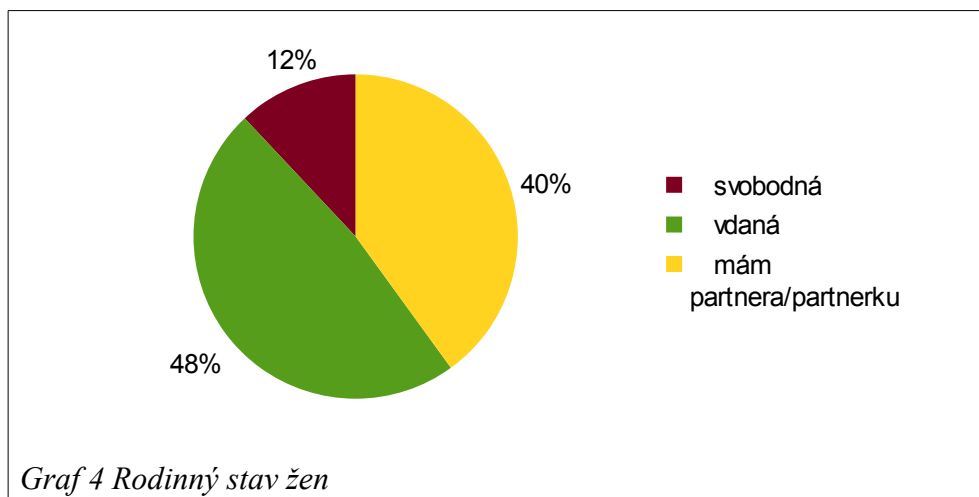
Otázka č. 3 Rodinný stav

r = 25	počet odpovědí	v %
svobodná	3	12 %
vdaná	12	48 %
mám partnera/partnerku	10	40 %

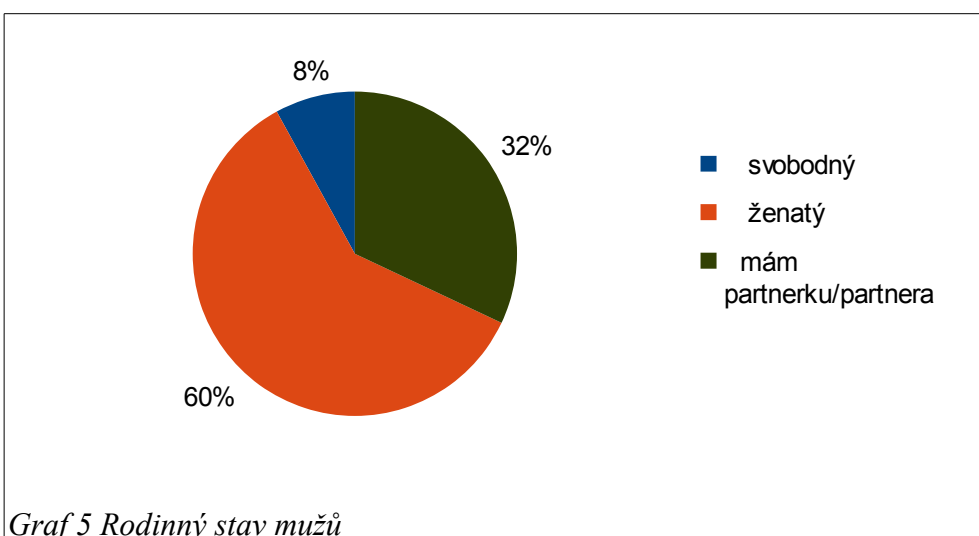
Tab. 4 Rozdělení rodinného stavu – ženy

r = 25	počet odpovědí	v %
svobodný	2	8 %
ženatý	15	60 %
mám partnerku/partnera	8	32 %

Tab. 5 Rozdělení rodinného stavu – muži



Graf 4 Rodinný stav žen



Graf 5 Rodinný stav mužů

Jak ukazují grafy, většina žen i mužů jsou sezdání. A to 12 žen (48 %) a 15 mužů (60 %). Velkou část tvoří i respondenti žijící v partnerském vztahu, 10 žen (40 %) a 8 mužů (32 %). A malou část, jak žen, tak mužů, tvoří lidé svobodní. Svobodné ženy jsou 3 (12 %) a 2 muži (8 %).

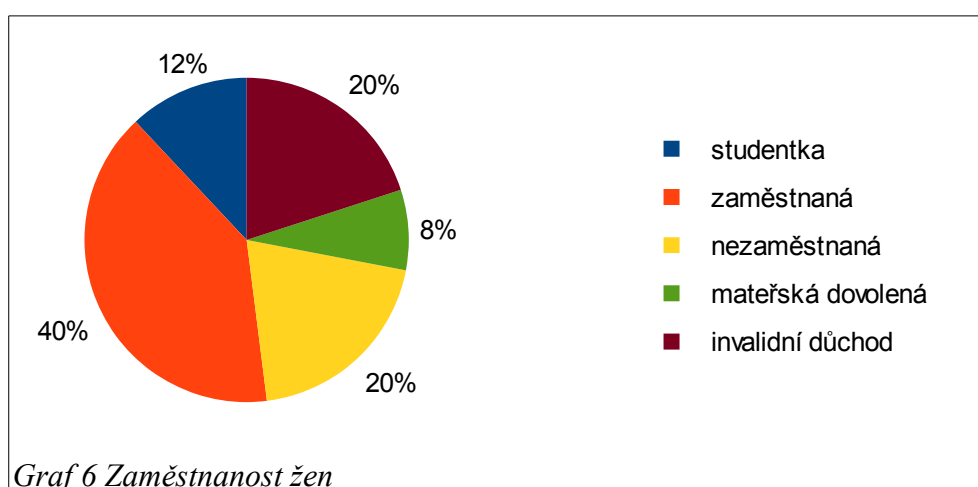
Otázka č. 4 Zaměstnanost

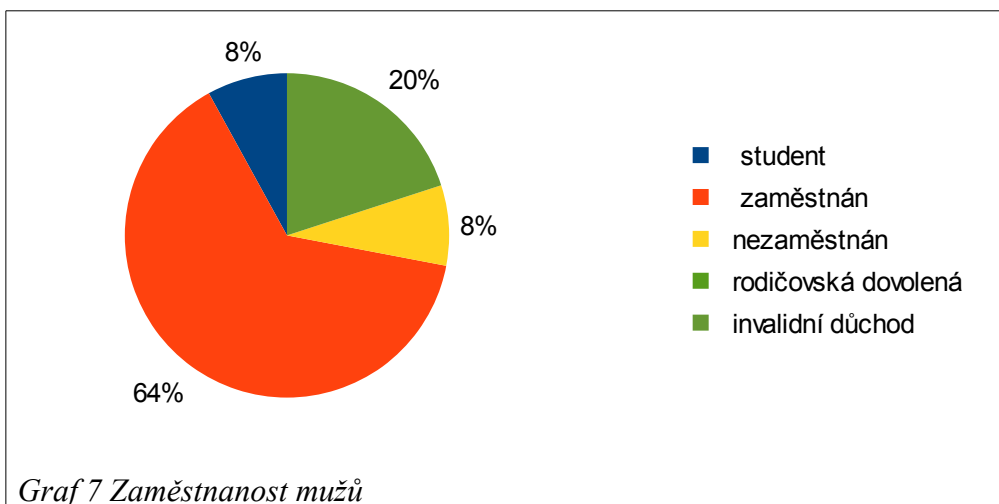
r = 25	počet odpovědí	v %
studentka	3	12 %
zaměstnaná	10	40 %
nezaměstnaná	5	20 %
mateřská dovolená	2	8 %
invalidní důchod	5	20 %

Tab. 6 Zaměstnanost žen

r = 25	počet odpovědí	v %
student	2	8 %
zaměstnan	16	64 %
nezaměstnan	2	8 %
rodičovská dovolená	0	0 %
invalidní důchod	5	20 %

Tab. 7 Zaměstnanost mužů





Jak je patrné z grafů – většina mužů, tak žen, jsou pracující lidé. Pracující ženy tvoří 10 žen (45 %), nezaměstnaných je 5 (23 %), studující jsou 3 (12 %), na mateřské dovolené jsou dvě (9 %), v invalidním důchodu je 5 žen (23 %). Pracujících mužů je 16 (64 %), nezaměstnaní jsou dva (8 %), studují dva (8 %), na rodičovské dovolené není žádný muž a v invalidním důchodu je 5 mužů (20 %).

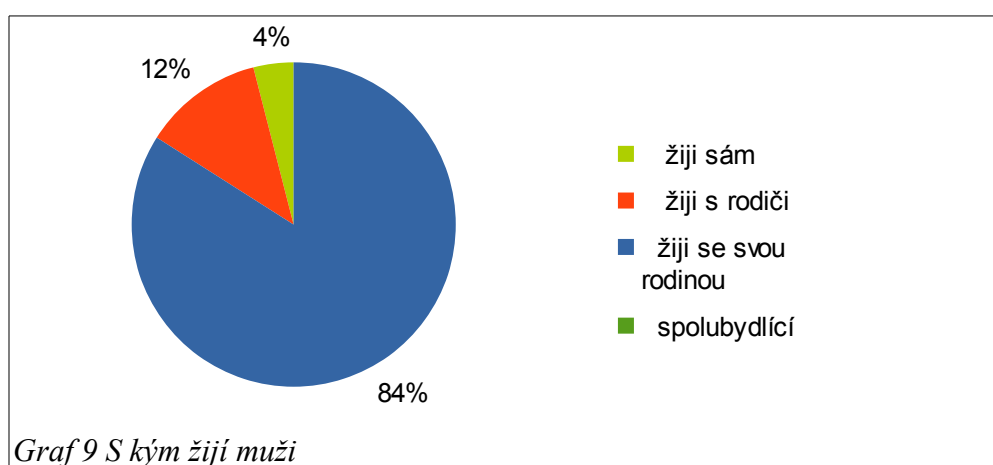
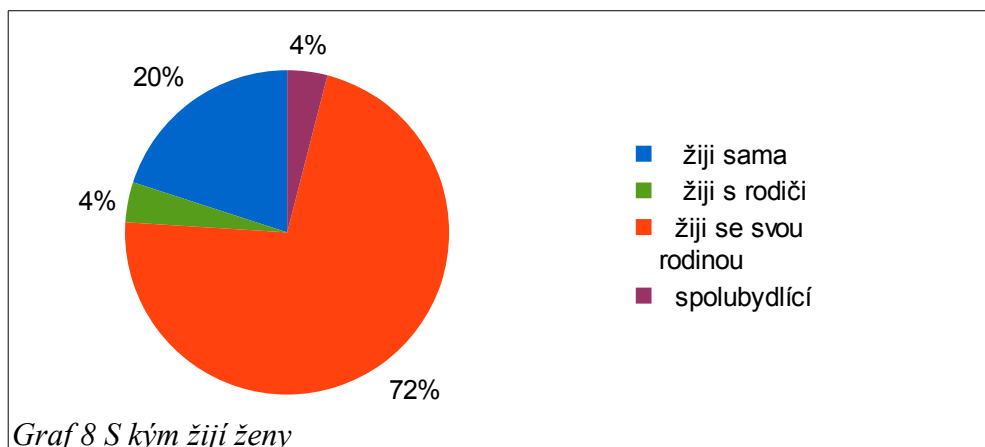
Otázka č. 5 Žijete s někým?

r = 25	počet odpovědí	v %
žiji sama	5	20 %
žiji s rodiči	1	4 %
žiji se svou rodinou	18	72 %
spolubydlící	1	4 %

Tab. 8 S kým žijí ženy

r = 25	počet odpovědí	v %
žiji sám	1	4 %
žiji s rodiči	3	12 %
žiji se svou rodinou	21	84 %
spolubydlící	0	0 %

Tab. 9 S kým žijí muži



Je evidentní, že většina tázaných respondentů žije se svou rodinou, a to 18 žen (72 %) a 21 mužů (84 %), do této kategorie spadají ti, co žijí v manželském svazku, s partnerem/kou či jen s dětmi. Malá skupina tázaných, a to 1 muž (4 %) a 5 žen (20 %) žijí sami. S rodiči žije 1 žena (4 %) a 3 muži (12 %). Se spolubydlícím žije 1 žena (4%) a z mužů nikdo.

Profil problémů – speciální otázky

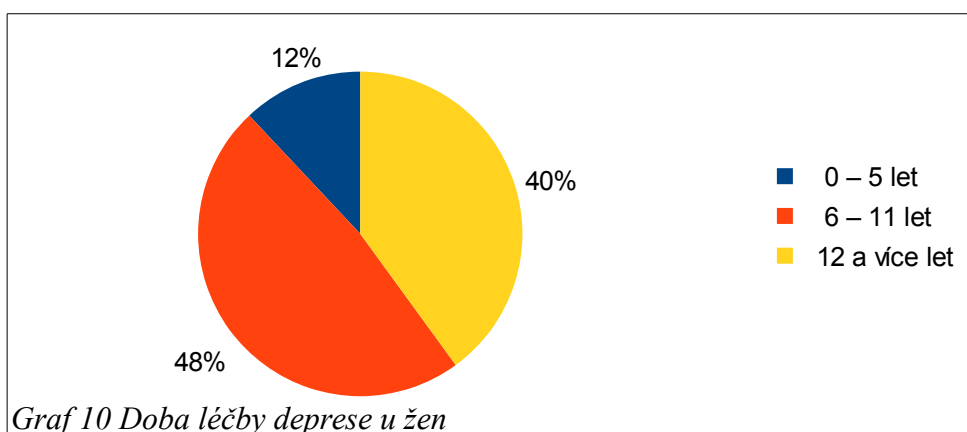
Otázka č. 6 Jak dlouho se léčíte s depresí?

r = 25	počet odpovědí	v %
0 – 5 let	3	12 %
6 – 11 let	12	48 %
12 a více let	10	40 %

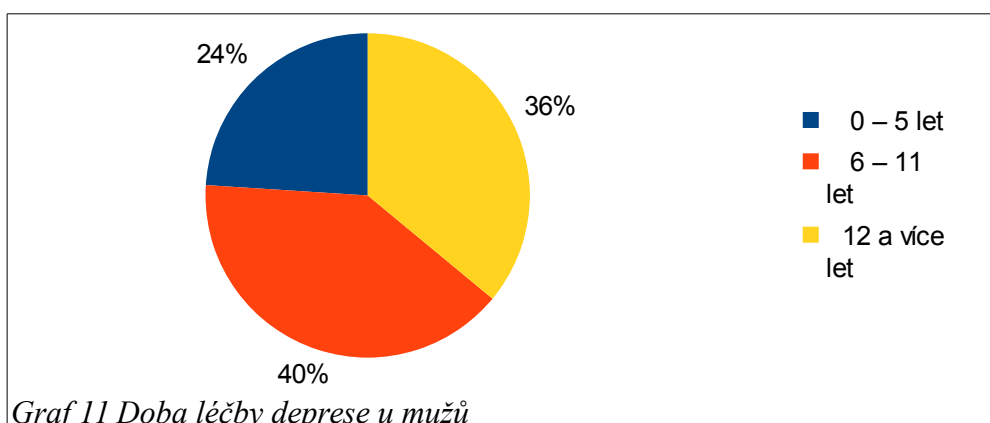
Tab. 10 Doba léčby deprese u žen

r = 25	počet odpovědí	v %
0 – 5 let	6	24 %
6 – 11 let	10	40 %
12 a více let	9	36 %

Tab. 11 Doba léčby deprese u mužů



Graf 10 Doba léčby deprese u žen



Graf 11 Doba léčby deprese u mužů

Grafy ukazují, že s depresí se léčí 0 – 5 let 3 ženy (12 %), 6 – 11 let se léčí 12 žen (48 %) a 12 a více let se léčí 10 žen (40 %). U mužů převládá také převládá skupina, která se léčí 6 – 11 let a to uvádí 10 mužů (40 %), následuje ji skupina, kde doba léčby je 12 a více let (36 %), v 0 – 5 letech je 6 mužů (24 %).

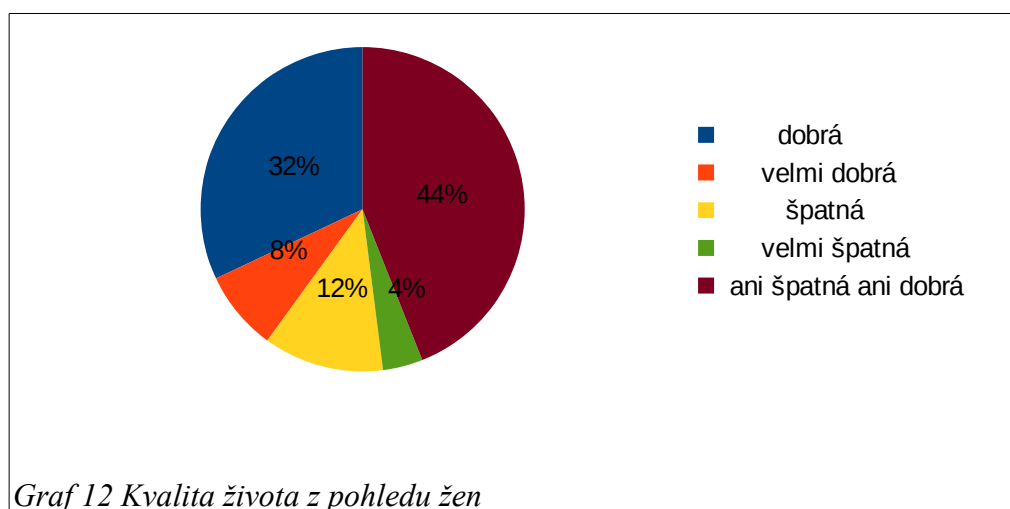
Otázka č. 7 Jak hodnotíte kvalitu svého života?

r = 25	počet odpovědí	v %
dobrá	8	32 %
velmi dobrá	2	8 %
špatná	3	12 %
velmi špatná	1	4 %
ani špatná ani dobrá	11	44 %

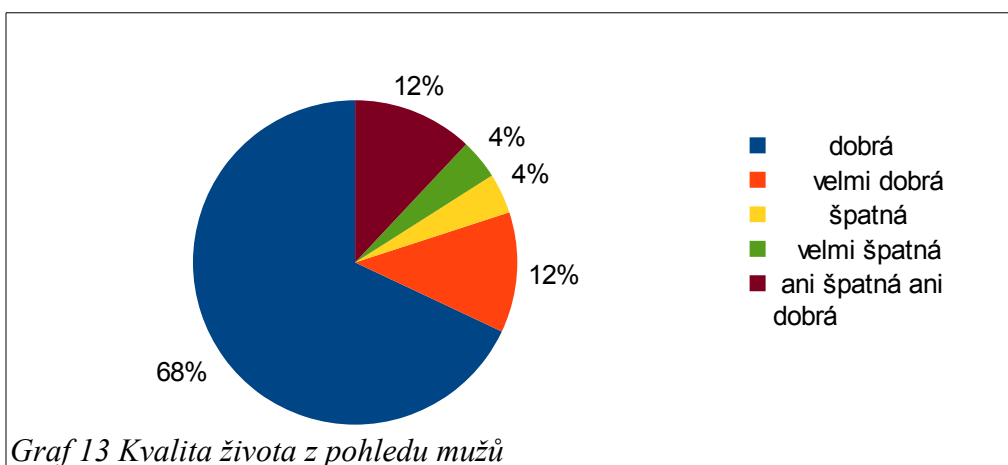
Tab. 12 Kvalita života z pohledu žen

r = 25	počet odpovědí	v %
dobrá	17	68 %
velmi dobrá	3	12 %
špatná	1	4 %
velmi špatná	1	4 %
ani špatná ani dobrá	3	12 %

Tab. 13 Kvalita života z pohledu mužů



Graf 12 Kvalita života z pohledu žen



V grafech hodnocení kvality života u žen převládá odpověď ani špatná ani dobrá a zvolilo jako odpověď 11 žen (44 %). Dobrou kvalitu zvolilo 8 žen (32 %). Špatná kvalita je odpovědí tří žen (12 %). Velmi dobře jsou na tom 2 ženy (8 %) a jedna žena hodnotí kvalitu života jako velmi špatnou (4 %).

Muži nejvíce volili odpověď dobrá, a to celých 17 mužů (68 %). Následovala je skupina mužů s odpovědí velmi dobrá (12 %) a ani dobrá ani špatná (12 %). Zbylé odpovědi vždy volil jeden muž (4 %).

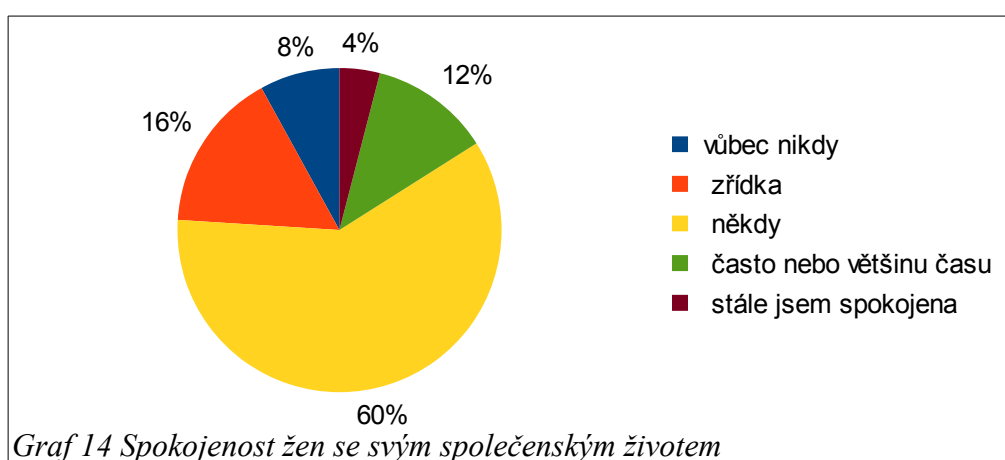
Otázka č. 8 Jak jste spokojen/a se svým společenským životem?

r = 25	počet odpovědí	v %
vůbec nikdy	2	8 %
zřídka	4	16 %
někdy	15	60 %
často nebo většinu času	3	12 %
stále jsem spokojena	1	4 %

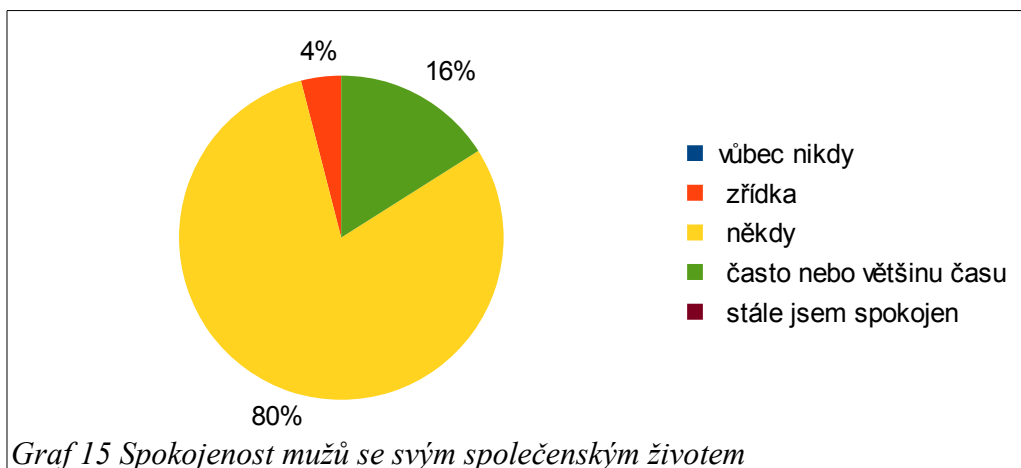
Tab. 14 Spokojenost žen se svým společenským životem

r = 25	počet odpovědí	v %
vůbec nikdy	0	0 %
zřídka	1	4 %
někdy	20	80 %
často nebo většinu času	4	16 %
stále jsem spokojen	0	0 %

Tab. 15 Spokojenost mužů se svým společenským životem



Graf 14 Spokojenost žen se svým společenským životem



Graf 15 Spokojenost mužů se svým společenským životem

Z grafů vyplývá, že spokojené se svým společenským životem je někdy 15 žen (60 %), Zřídka spokojené jsou 4 ženy (16 %), Často nebo většinu času udávaly 3 ženy (12 %), 2 ženy (8 %) nejsou nikdy spokojené a stále spokojená je jedna žena (4 %). U mužů převládala odpověď někdy (80 %). Často nebo většinu času udali jako

odpověď 4 muži (16 %), jeden muž zvolil odpověď zřídka (4 %).

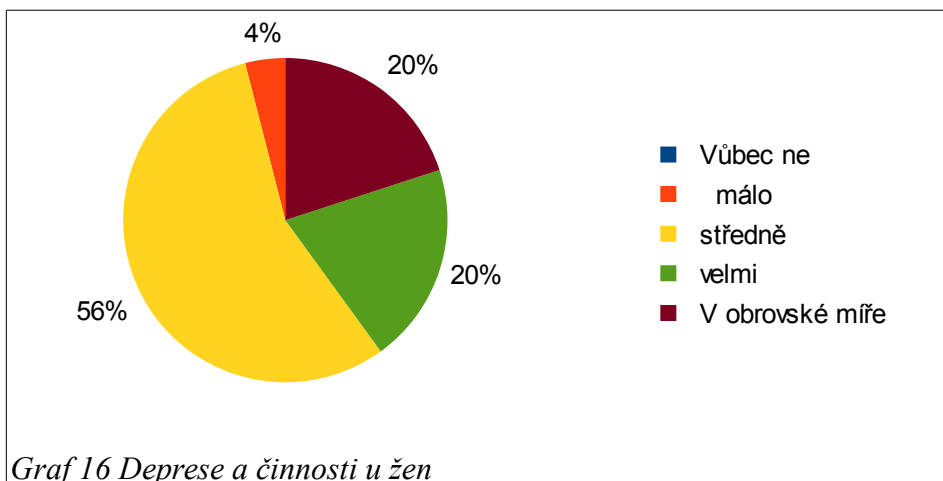
Otázka č. 9 Do jaké míry máte pocit, že Vám deprese brání dělat to, co potřebujete?

r = 25	počet odpovědí	v %
Vůbec ne	0	0 %
málo	1	4 %
středně	14	56 %
velmi	5	20 %
V obrovské míře	5	20 %

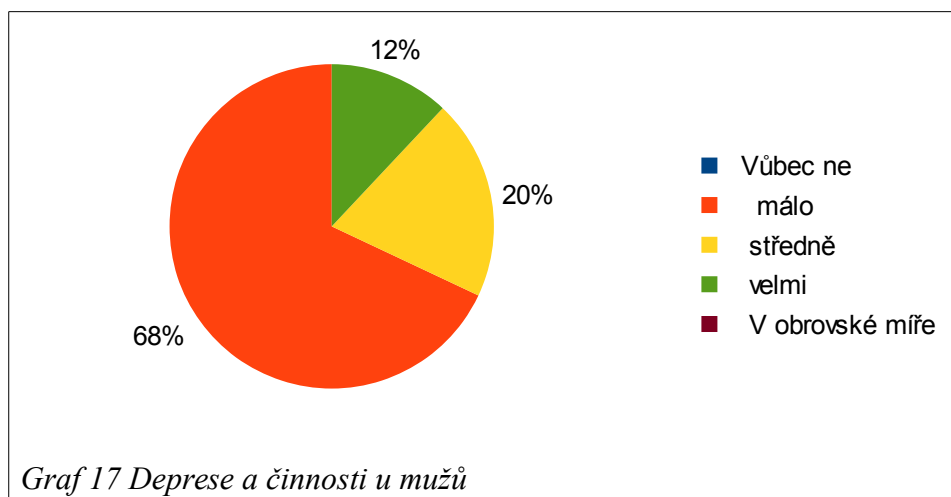
Tab. 16 Deprese a činnosti u žen

r = 25	počet odpovědí	v %
Vůbec ne	0	0 %
málo	17	68 %
středně	5	20 %
velmi	3	12 %
V obrovské míře	0	0 %

Tab. 17 Deprese a činnosti u mužů



Graf 16 Deprese a činnosti u žen



V grafu Deprese a činnosti u mužů byla hodnocena míra, do jaké brání deprese dělat to, co potřebujeme. Ženy nejvíce volily odpověď středně a to v počtu 14 (56 %), dále velmi a v obrovské míře po pěti ženách (20 %). Jedna žena volila jako odpověď málo (4 %).

U mužů volila většina – 17 – jako svou odpověď málo (68 %). Pět mužů odpovědělo možností středně (20 %) a tři muži velmi (12 %).

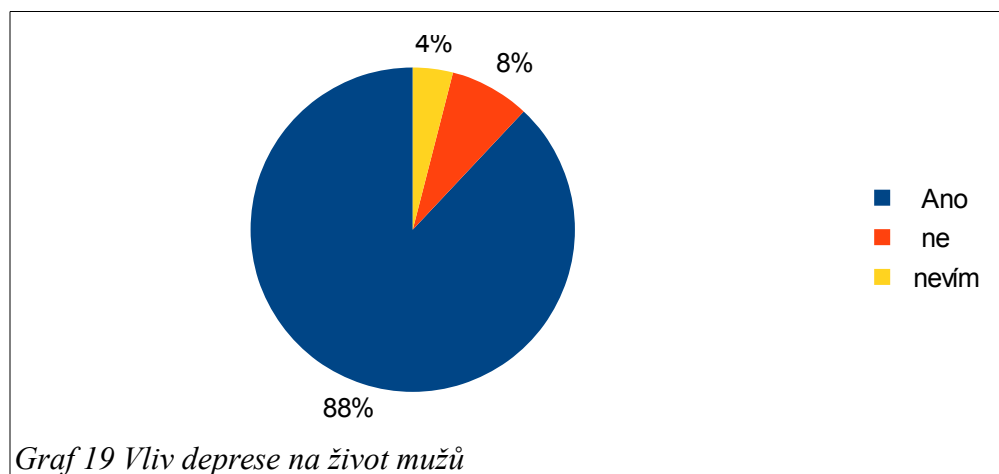
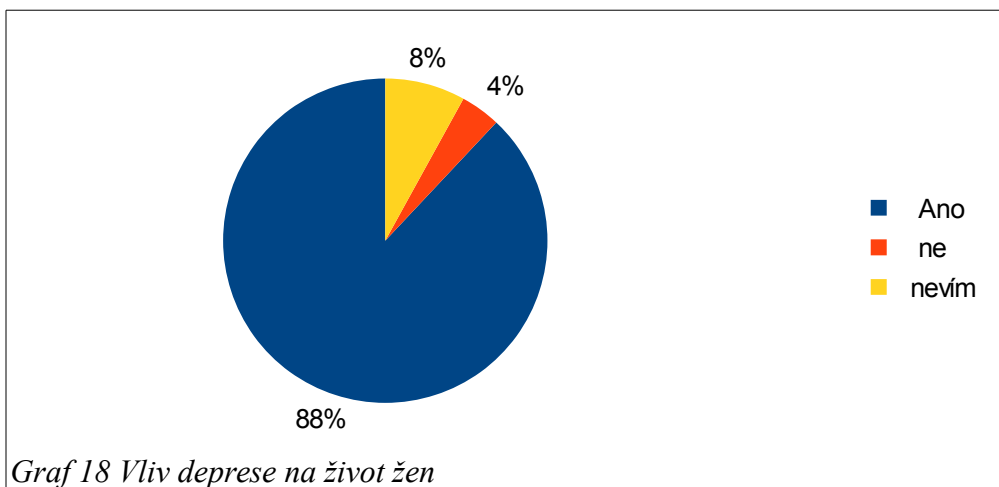
Otázka č. 10 Myslíte si, že deprese v něčem změnila Váš život?

r = 25	počet odpovědí	v %
Ano	22	88 %
ne	1	4 %
nevím	2	8 %

Tab. 18 Vliv deprese na život žen

r = 25	počet odpovědí	v %
Ano	22	88 %
ne	2	8 %
nevím	1	4 %

Tab. 19 Vliv deprese na život mužů



V uvedených dvou grafech dochází ke shodě. Deprese změnila život 22 ženám (88 %) a 22 mužům (88 %). Jedna žena (4 %) si myslí, že ke změně nedošlo a dvě ženy (8 %) nevědí. Dva muži (8 %) mají pocit, že deprese jim život nezměnila. A jeden muž (4 %) neví.

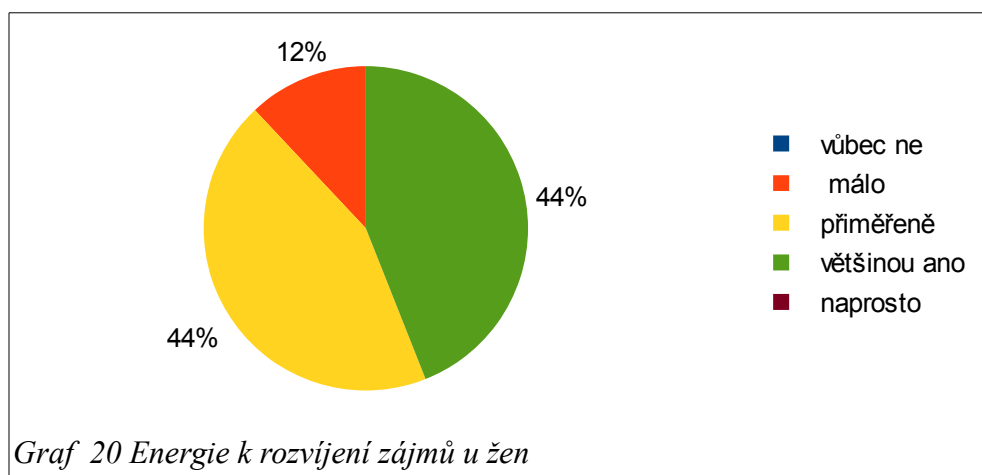
Otázka č. 11 Máte dost energie/sil pro rozvíjení Vašich zájmů?

r = 25	počet odpovědí	v %
vůbec ne	0	0 %
málo	3	12 %
přiměřeně	11	44 %
většinou ano	11	44 %
naprosto	0	0 %

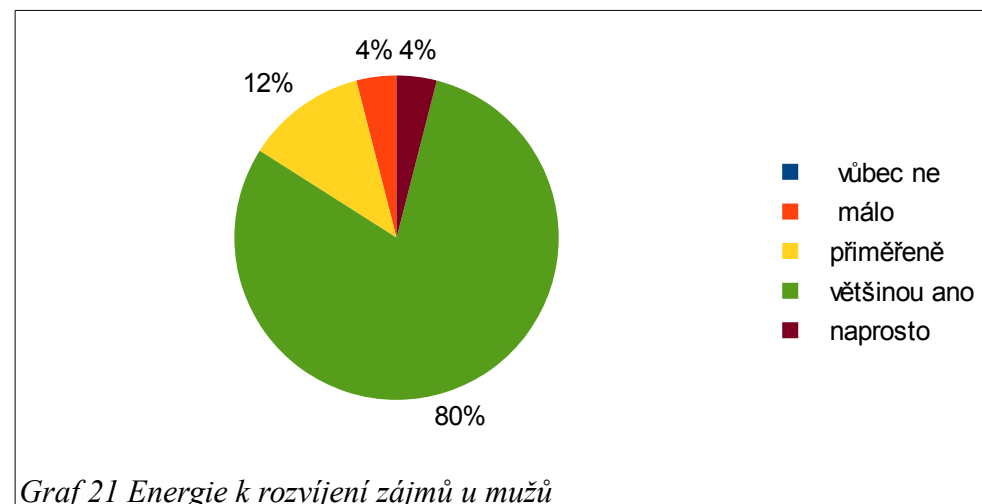
Tab. 20 Energie k rozvíjení zájmů u žen

R = 25	počet odpovědí	v %
vůbec ne	0	0 %
málo	1	4 %
přiměřeně	3	12 %
většinou ano	20	80 %
naprosto	1	4 %

Tab. 21 Energie k rozvíjení zájmů u mužů



Graf 20 Energie k rozvíjení zájmů u žen



Graf 21 Energie k rozvíjení zájmů u mužů

V grafu Energie k rozvíjení zájmů u žen je vidět, že ženy volily odpověď přiměřeně – 11 žen (44 %) a většinou ano – 11 žen (44 %). Tři ženy (12 %) uvádějí jako odpověď málo. V grafu Energie k rozvíjení zájmů u mužů je vidět, že muži volili převážně odpověď většinou ano – v počtu 20 (80 %). Tři muži (12 %) volili odpověď přiměřeně a po jednom muži následovali odpovědi málo a naprosto (4 %).

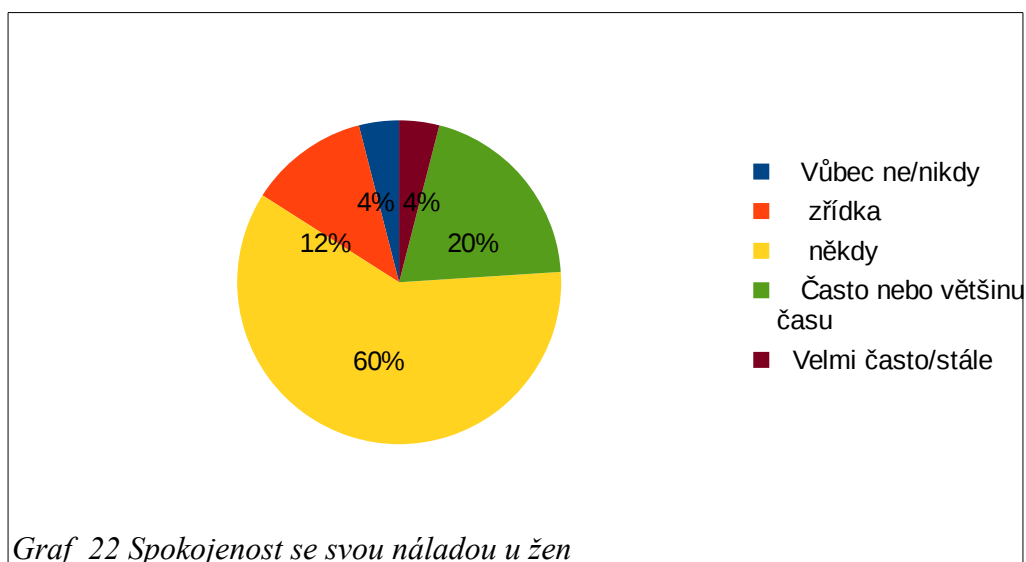
Otázka č. 12 Ve srovnání posledního jednoho roku před hospitalizací a dva měsíce po propuštění z léčby, jak jste spokojen/á se svou náladou?

r = 25	počet odpovědí	v %
Vůbec ne/nikdy	1	4 %
zřídka	3	12 %
někdy	15	60%
Často nebo většinu času	5	20%
Velmi často/stále	1	4%

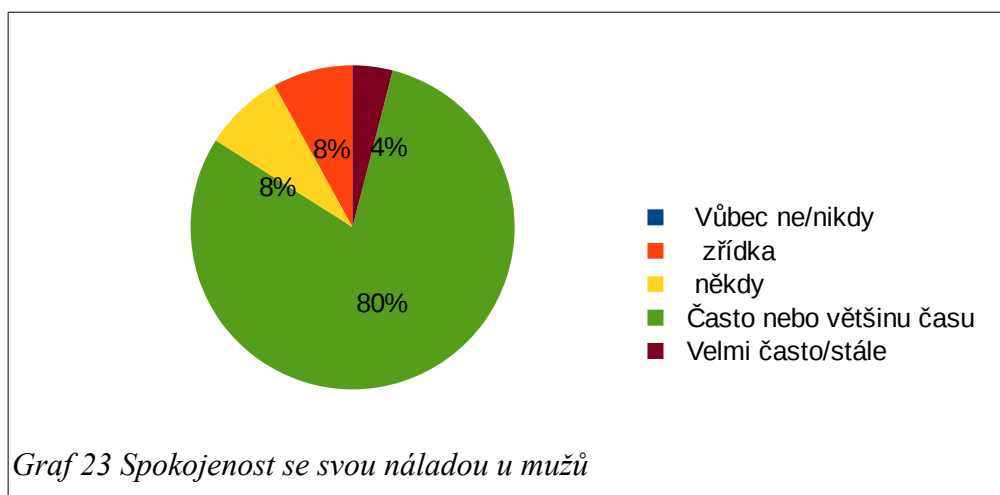
Tab. 22 Spokojenost se svou náladou u žen

r = 25	počet odpovědí	v %
Vůbec ne/nikdy	0	0%
zřídka	2	8%
někdy	2	8%
Často nebo většinu času	20	80%
Velmi často/stále	1	4%

Tab. 23 Spokojenost se svou náladou u mužů



Graf 22 Spokojenost se svou náladou u žen



Z grafů vyplývá, že ženy jsou spokojeny se svou náladou někdy – 15 žen (60 %). Následují je 5 žen s odpovědí často nebo většinu času (20 %). 3 ženy jsou spokojeny zřídka (12 %). Vůbec ne a velmi často patří vždy jedné ženě (4 %).

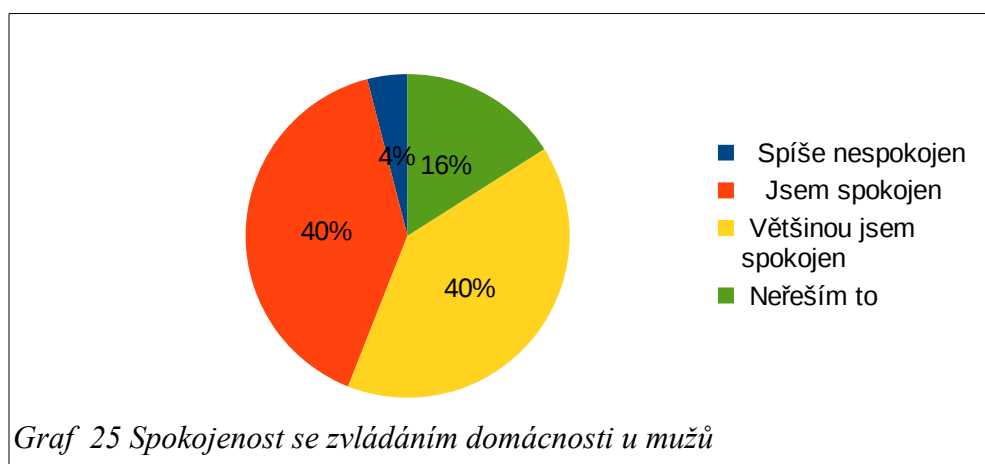
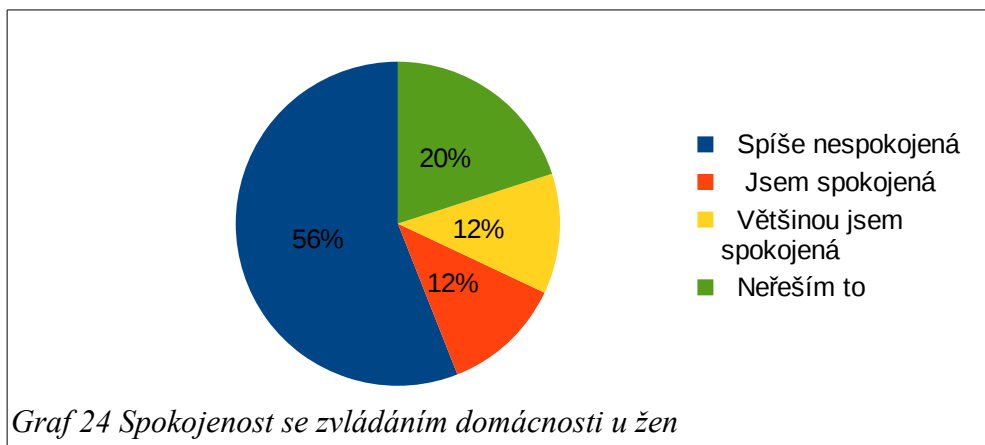
Otázka č. 13 Ve srovnání jednoho roku před hospitalizací a dva měsíce po propuštění z léčby, jak jste spokojen/á se zvládnutím domácnosti?

r = 25	počet odpovědí	v %
Spíše nespokojená	14	56 %
Jsem spokojená	3	12 %
Většinou jsem spokojená	3	12 %
Neřeším to	5	20 %

Tab. 24 Spokojenost se zvládnutím domácnosti u žen

r = 25	počet odpovědí	v %
Spíše nespokojen	1	4 %
Jsem spokojen	10	40 %
Většinou jsem spokojen	10	40 %
Neřeším to	4	16 %

Tab. 25 Spokojenost se zvládnutím domácnosti u mužů



Se zvládním domácnosti, jak je patrné z grafu, je 14 žen (56 %) spíše nespokojených. 5 žen (20 %) toto neřeší a 3 ženy (12 %) jsou spokojené a 3 ženy (12 %) jsou většinou spokojené.

Muži jsou na tom se zvládním domácnosti lépe. Většina – 20 mužů půl na půl (40 % a 40 %) uvádějí své odpovědi jako jsem spokojen a většinou jsem spokojen. 4 muži (16%) toto neřeší a jeden muž (4 %) je spíše nespokojen. Nicméně nelze opomenout, že i mezi zdravými muži a ženami mohou být rozdíly ve zvládní domácnosti.

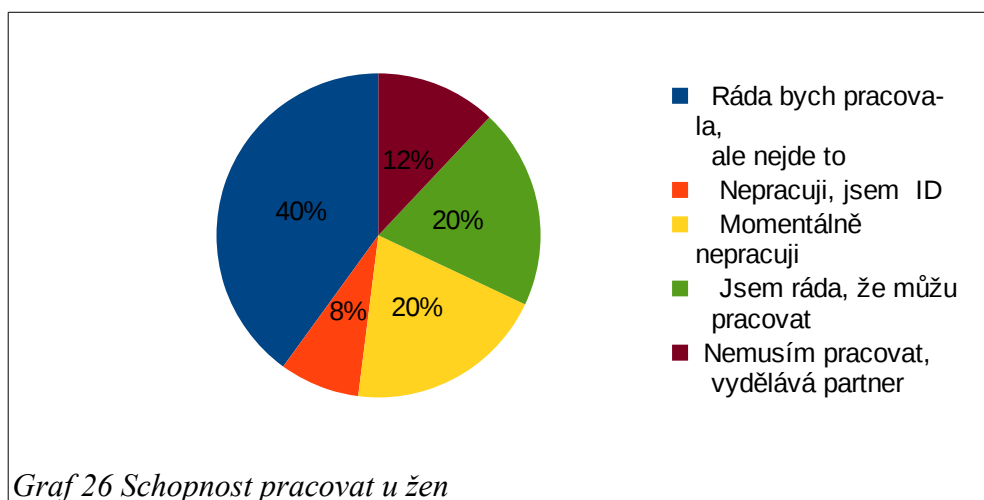
Otázka č. 14 Jste spokojen/á se svou schopností pracovat (myšleno chodit do zaměstnání)?

r = 25	počet odpovědí	v %
Ráda bych pracovala, ale nejde to	10	40 %
Nepracuji, jsem ID	2	8 %
Momentálně nepracuji	5	20 %
Jsem ráda, že můžu pracovat	5	20 %
Nemusím pracovat, vydělává partner	3	12 %

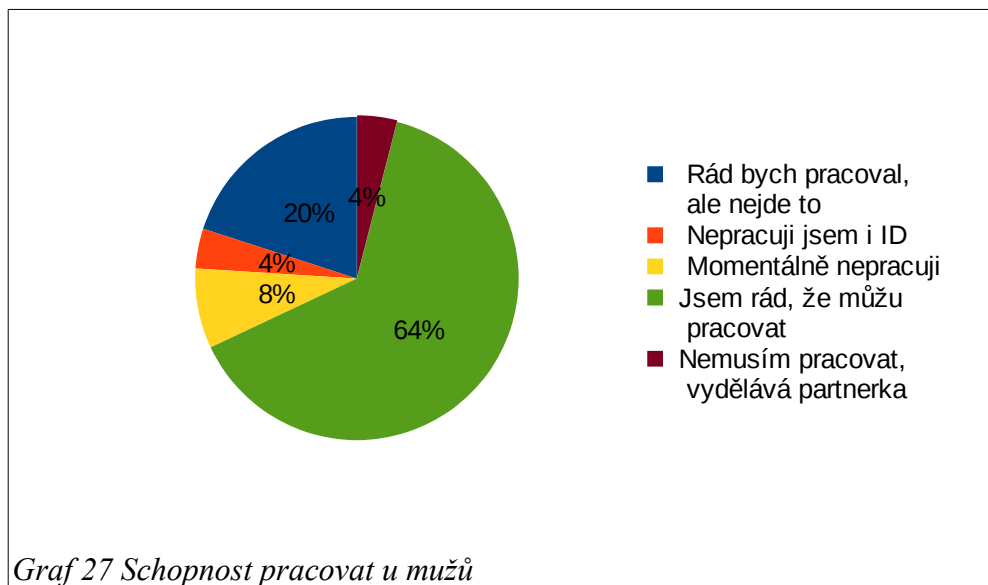
Tab. 26 Schopnost pracovat u žen

r = 25	počet odpovědí	v %
Rád bych pracoval, ale nejde to	5	20 %
Nepracuji jsem i ID	1	4 %
Momentálně nepracuji	2	8 %
Jsem rád, že můžu pracovat	16	64 %
Nemusím pracovat, vydělává partnerka	1	4 %

Tab. 27 Schopnost pracovat u mužů



Graf 26 Schopnost pracovat u žen



Je vidět, že i zde jsou patrné rozdíly. 10 žen (40 %) by rádo pracovalo, ale z nějakých důvodů to nejde. Pět žen (20 %) momentálně nepracuje a dalších pět žen (20 %) je rádo, že může pracovat. Tři ženy (12 %) nemusí pracovat a dvě ženy (8 %) jsou v invalidním důchodu.

U mužů převládá odpověď jsem rád, že můžu pracovat, a to v počtu 16 (64 %). Rádo by pracovalo 5 mužů (20 %). Momentálně nepracují dva muži (8 %). V invalidním důchodu je jeden muž (4 %) a jeden muž (4 %) pracovat nemusí.

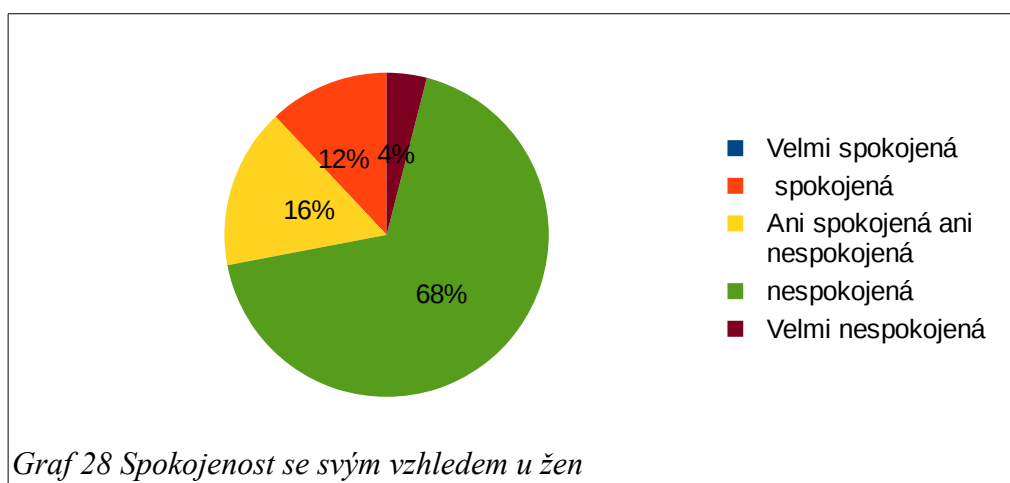
Otázka č. 15 Jak spokojen/á jste se svým vzhledem?

r = 25	počet odpovědí	v %
Velmi spokojená	0	0 %
spokojená	3	12 %
Ani spokojená ani nespokojená	4	16 %
nespokojená	17	68 %
Velmi nespokojená	1	4 %

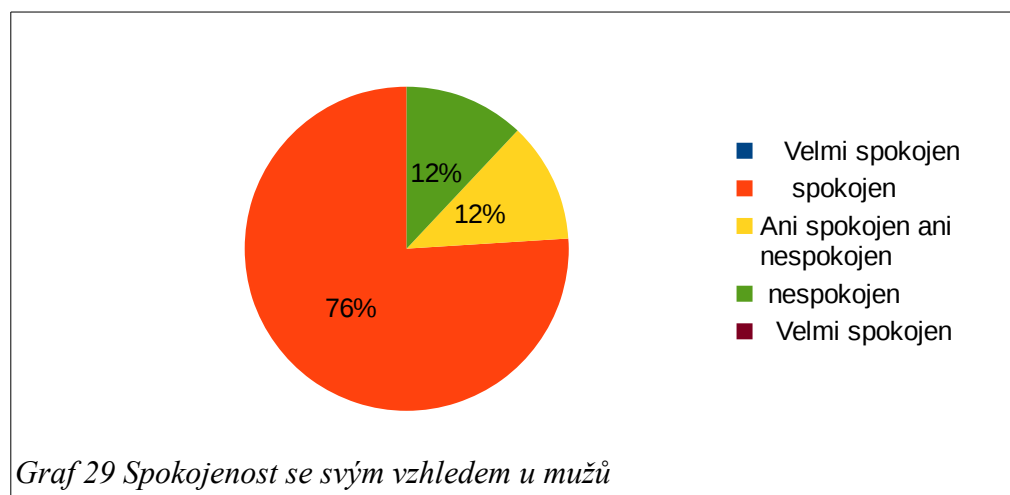
Tab. 28 Spokojenost se svým vzhledem u žen

r = 25	počet odpovědí	v %
Velmi spokojen	0	0 %
spokojen	19	76 %
Ani spokojen ani nespokojen	3	12 %
nespokojen	3	12 %
Velmi spokojen	0	0 %

Tab. 29 Spokojenost se svým vzhledem u mužů



Graf 28 Spokojenost se svým vzhledem u žen



Graf 29 Spokojenost se svým vzhledem u mužů

I tyto grafy ukazují výrazný rozdíl. Zatímco 17 žen (68 %) není spokojeno se svým vzhledem. Muži jsou na tom lépe. Celých 19 mužů (76 %) jsou se svým vzhledem spokojeni.

3 ženy (12 %) jsou spokojené, 4 ženy (16 %) nejsou ani spokojené ani nespokojené a jedna žena (4 %) je velmi nespokojená. Dále jsou 3 muži (12 %) ani nespokojeni ani spokojeni a další 3 muži (12 %) volí odpověď nespokojeni.

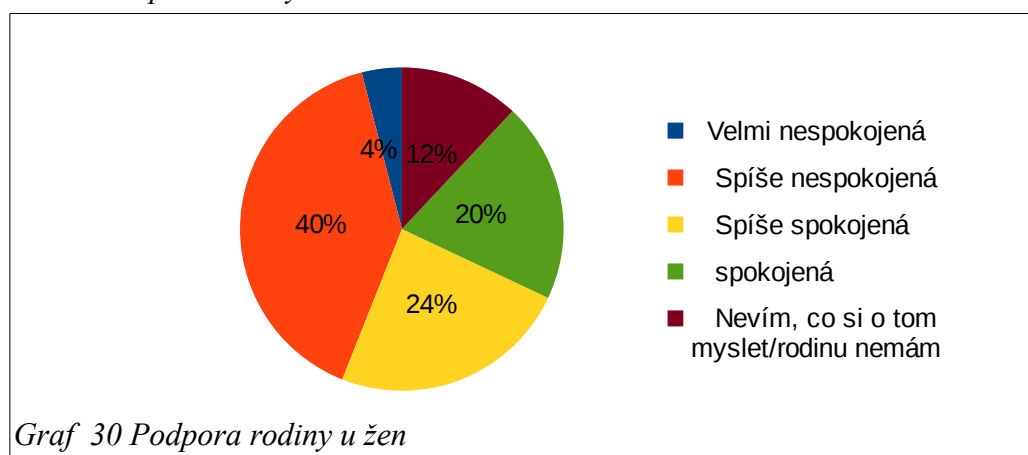
Otázka č. 16 Jak jste spokojen/á s podporou ze strany rodiny?

r = 25	počet odpovědí	v %
Velmi nespokojená	1	4 %
Spíše nespokojená	10	40 %
Spíše spokojená	6	24 %
spokojená	5	20 %
Nevím, co si o tom myslet/rodinu nemám	3	12 %

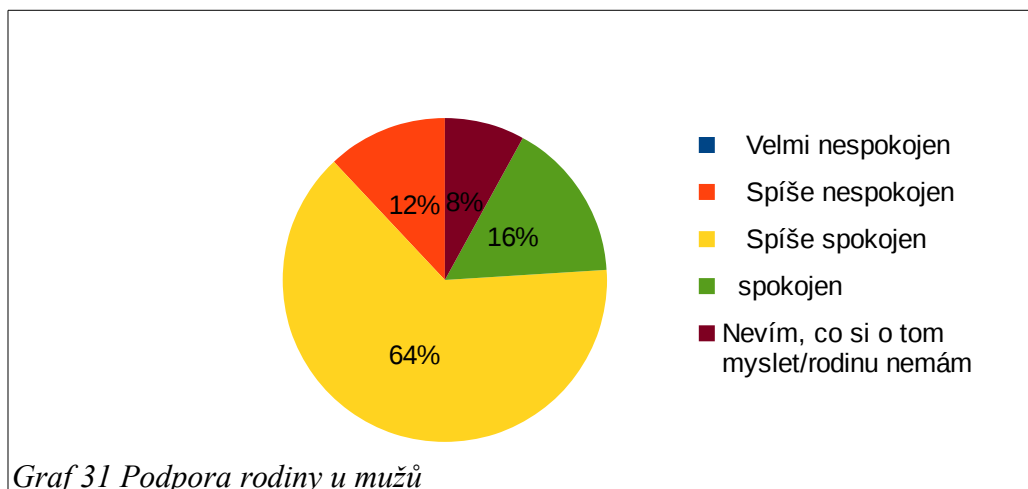
Tab. 30 Podpora rodiny u žen

r = 25	počet odpovědí	v %
Velmi nespokojen	0	0 %
Spíše nespokojen	3	12 %
Spíše spokojen	16	64 %
spokojen	4	16 %
Nevím, co si o tom myslet/rodinu nemám	2	8 %

Tab. 31 Podpora rodiny u mužů



Graf 30 Podpora rodiny u žen



Následující grafy ukazují spokojenost s podporou rodiny. Ženy jsou převážně spíše nespokojené – 10 (40 %). Naproti tomu spíše spokojených je 6 žen (24 %) a 5 žen (20 %) je spokojených. Další 3 ženy (12 %) neví co si o tom myslet nebo rodinu nemají. Jedna žena (4 %) je velmi nespokojená. Muži v počtu 16 (64 %) jsou s podporou rodiny spíše spokojeni. Spokojeni jsou 4 muži (16 %). Spíše nespokojeni jsou 3 muži (12 %) a dva muži (8 %) neví co si o tom myslet či rodinu nemají, proto volili tuto odpověď.

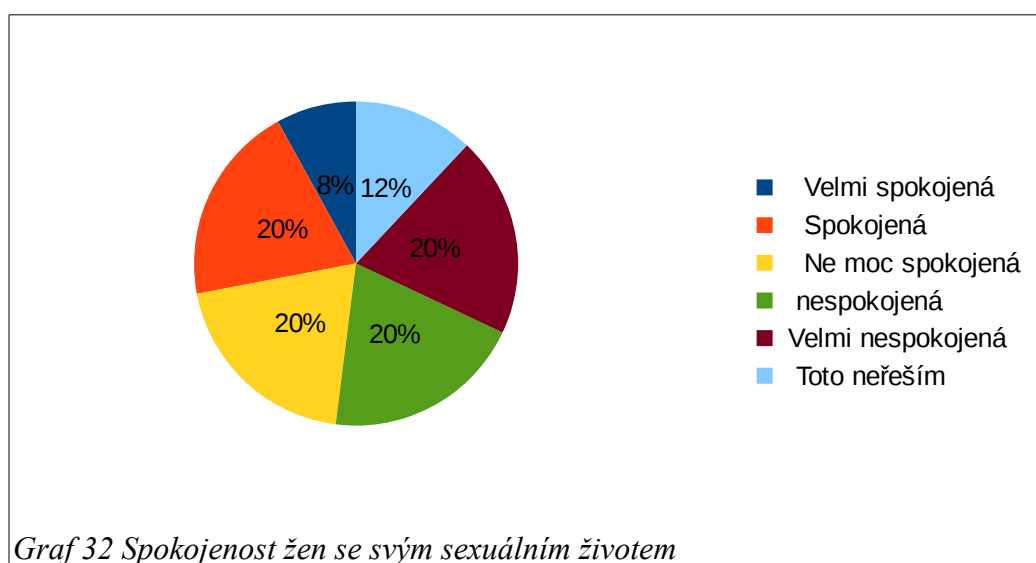
Otázka č. 17 Jak jste spokojen/á se svým sexuálním životem?

r = 25	počet odpovědí	v %
Velmi spokojená	2	8 %
Spokojená	5	20 %
Ne moc spokojená	5	20 %
nespokojená	5	20 %
Velmi nespokojená	5	20 %
Toto neřeším	3	12 %

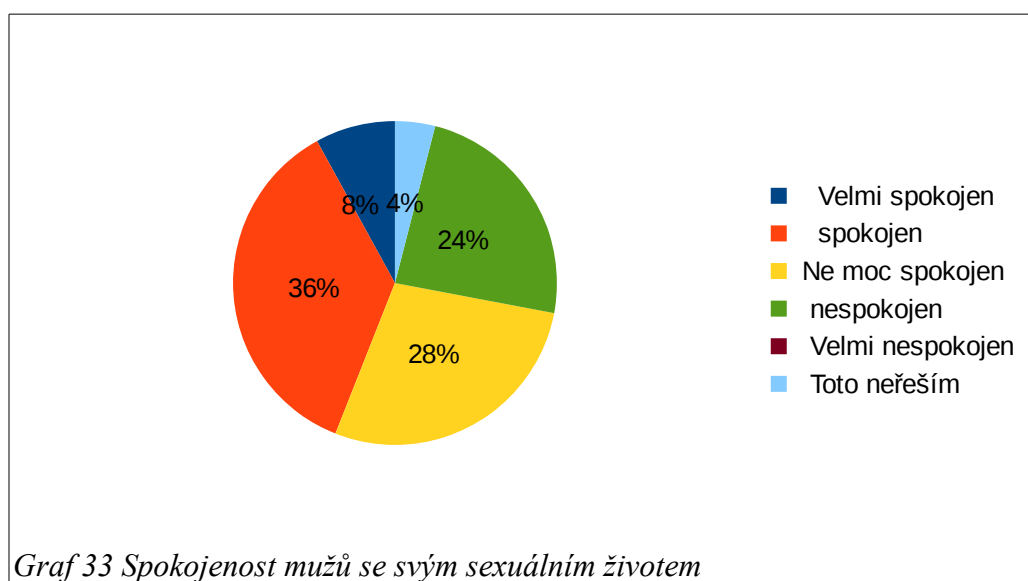
Tab. 32 Spokojenost žen se svým sexuálním životem

r = 25	počet odpovědí	v %
Velmi spokojen	2	8 %
spokojen	9	36 %
Ne moc spokojen	7	28 %
nespokojen	6	24 %
Velmi nespokojen	0	0 %
Toto neřeším	1	4 %

Tab. 33 Spokojenost mužů se svým sexuálním životem



Graf 32 Spokojenost žen se svým sexuálním životem



Graf 33 Spokojenost mužů se svým sexuálním životem

Grafy znázorňují spokojenost se sexuálním životem.

Zde se ženy dělily po pěti v odpovědích – spokojená (20 %), ne moc spokojená (20 %), nespokojená (20 %) a velmi nespokojená (20 %). Další 2 ženy (8 %) jsou velmi spokojené a zbylé tři ženy (12 %) toto neřeší.

Muži s devíti odpověďmi (36 %) v položce spokojen převládají. Následují je ti, co nejsou moc spokojeni – 7 mužů (28 %). Šest mužů (24 %) je nespokojeno. Dva (8 %) jsou velmi spokojení. A jeden muž (4 %) toto neřeší.

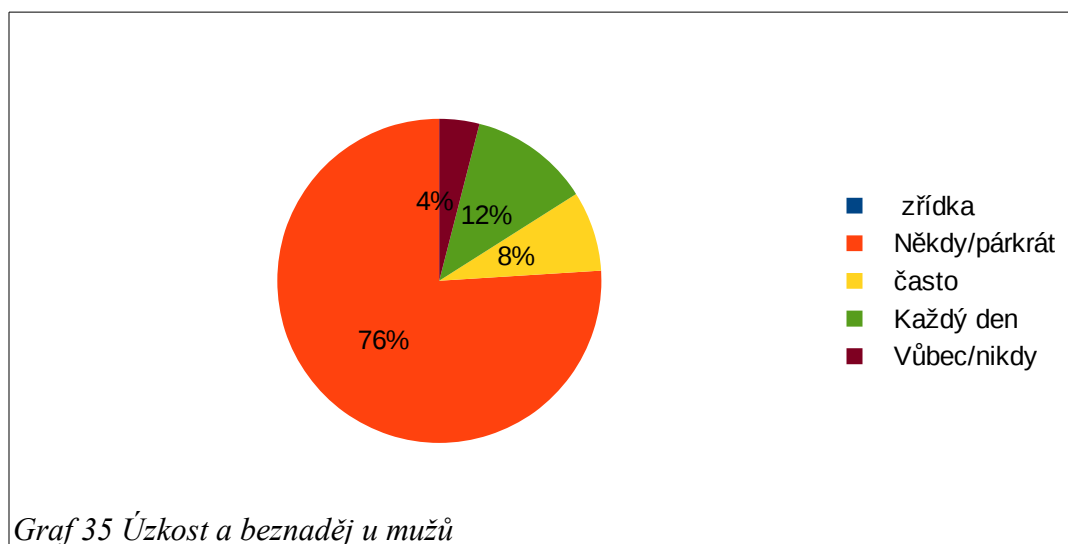
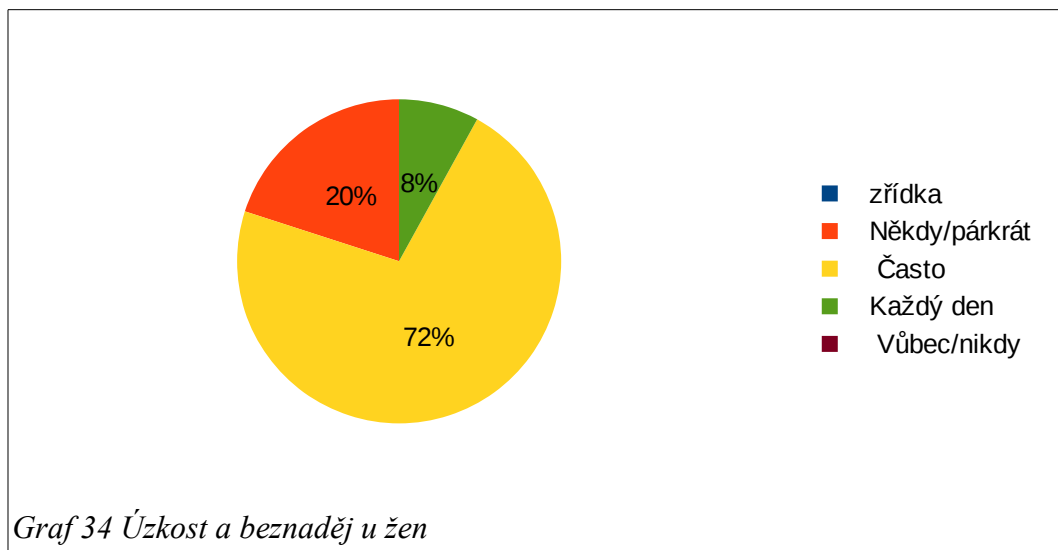
Otázka č. 18 Jak často jste od ukončení hospitalizace pociťoval/a úzkost, beznaděj?

r = 25	počet odpovědí	v %
zřídka	0	0 %
Někdy/párkrát	5	20 %
Často	18	72 %
Každý den	2	8 %
Vůbec/nikdy	0	0 %

Tab. 34 Úzkost a beznaděj u žen

r = 25	počet odpovědí	v %
zřídka	0	0 %
Někdy/párkrát	19	76 %
často	2	8 %
Každý den	3	12 %
Vůbec/nikdy	1	4 %

Tab. 35 Úzkost a beznaděj u mužů



V následujícím grafu, který ukazuje na prožívání úzkosti a beznaděje vycházejí ženy takto:

Většina, a to 18 žen (72%) prožívá tyto pocity často. Pět žen (20%) někdy/párkrát. Dvě ženy (8%) toto pociťují každý den.

Muži naproti tomu uvádějí nejčastěji jako odpověď někdy/párkrát – 19 (76%). Další 3 muži (12%) každý den. Další dva (8%) často a jeden respondent (4%) nikdy.

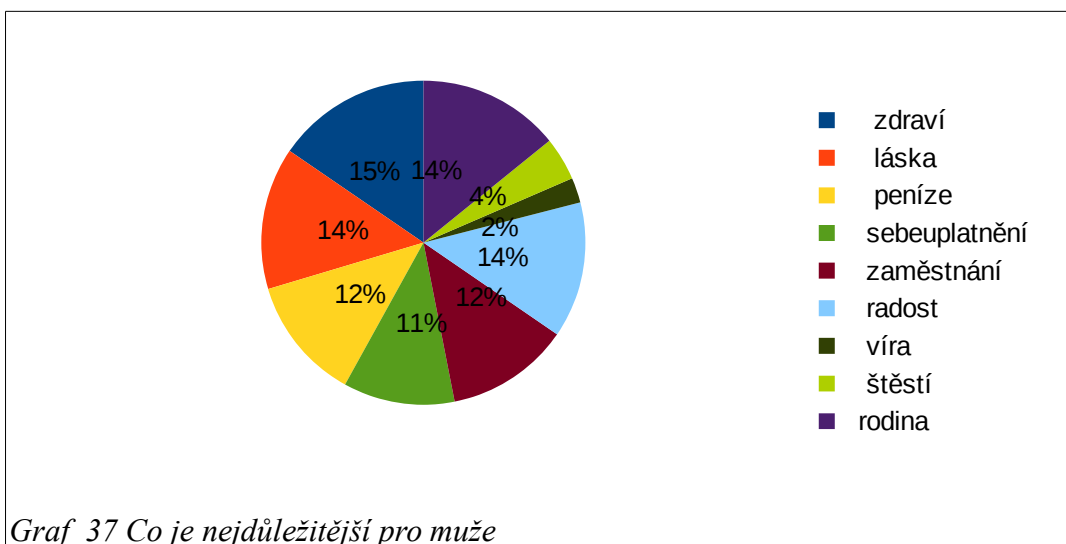
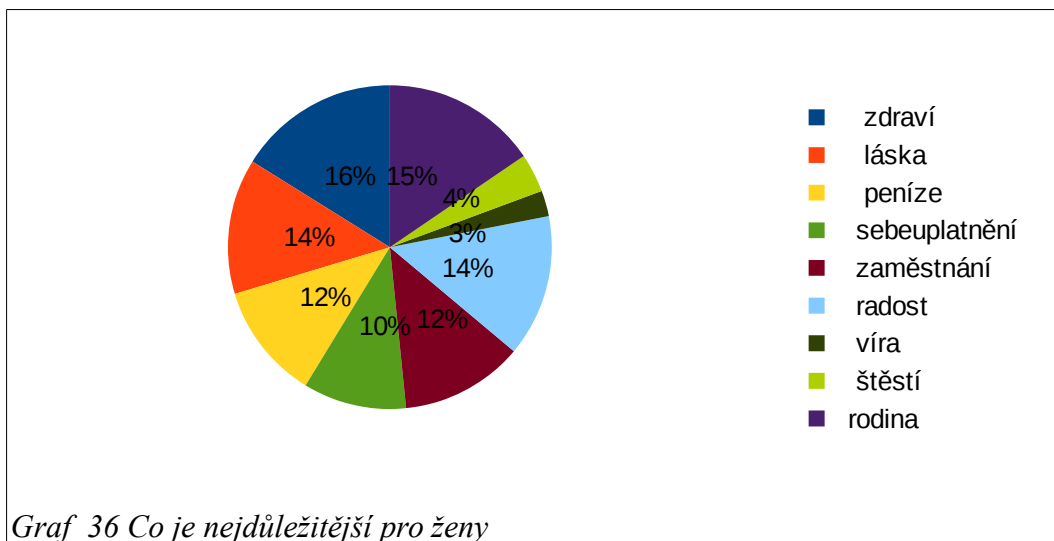
Otázka č. 19 Co je pro Vás v životě nejdůležitější?**(jedná se o polootevřenou otázku, respondenti měli možnost vybrat tři možnosti)**

r = 25	počet odpovědí	v %
zdraví	25	16 %
láska	21	14%
peníze	18	12 %
sebeuplatnění	16	10 %
zaměstnání	19	12 %
radost	22	14 %
víra	4	3 %
šťěstí	6	4 %
rodina	24	15 %

Tab. 36 Co je nejdůležitější pro ženy

r = 25	počet odpovědí	v %
zdraví	25	16 %
láska	23	14 %
peníze	20	12 %
sebeuplatnění	18	11 %
zaměstnání	20	12 %
radost	22	14 %
víra	4	3 %
šťěstí	7	4 %
rodina	23	14 %

Tab. 37 Co je nejdůležitější pro muže



Největší podíl v těchto dvou grafech, ať už se jedná o muže či ženy, tvoří kolonka zdraví. Toto považuje za nejdůležitější věc 25 oslovených žen a 25 oslovených mužů. Tedy všichni. Následuje jej láska, rodina, radost, sebeuplatnění a ostatní položky.

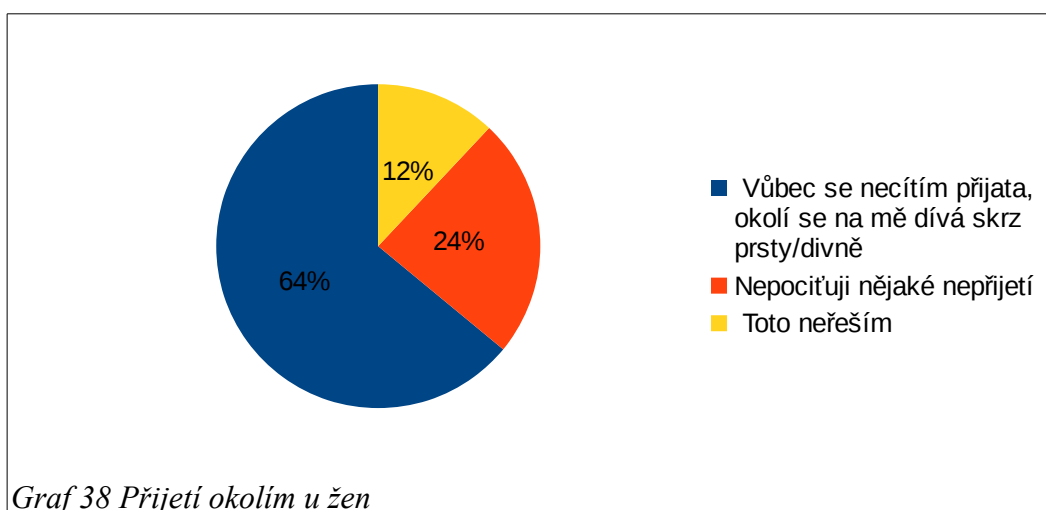
Otázka č. 20 Jak se cítíte přijímání okolím?

r = 25	počet odpovědí	v %
Vůbec se necítím přijata, okolí se na mě dívá skrz prsty/divně	16	64 %
Nepocítuji nějaké nepřijetí	6	24 %
Toto neřeším	3	12 %

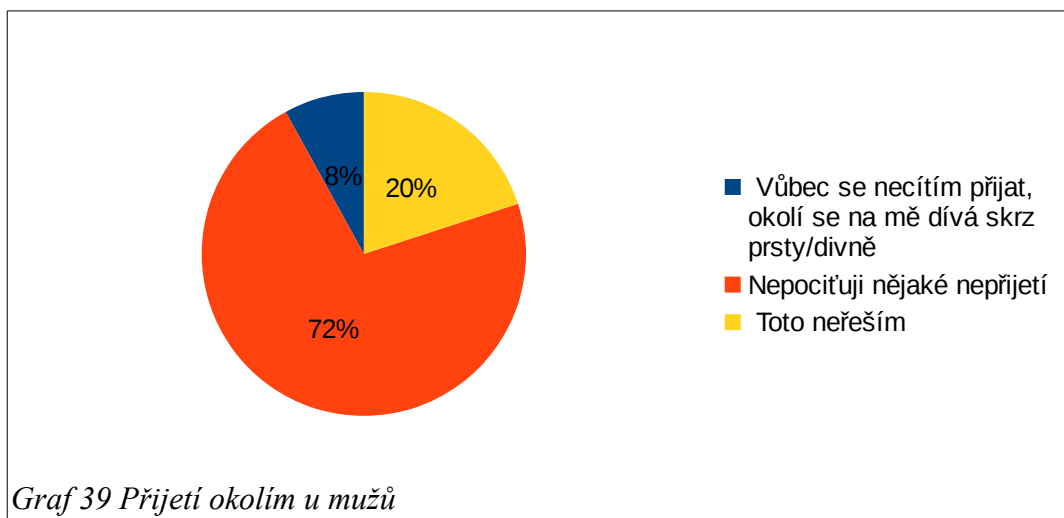
Tab. 38 Přijetí okolím u žen

r = 25	počet odpovědí	v %
Vůbec se necítím přijat, okolí se na mě dívá skrz prsty/divně	2	8 %
Nepocítuji nějaké nepřijetí	18	72 %
Toto neřeším	5	20 %

Tab. 39 Přijetí okolím u mužů



Graf 38 Přijetí okolím u žen



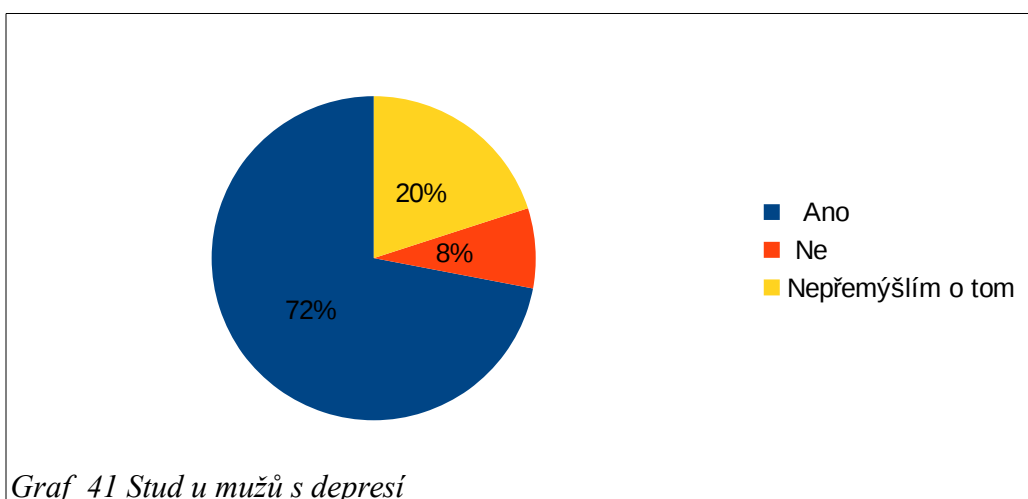
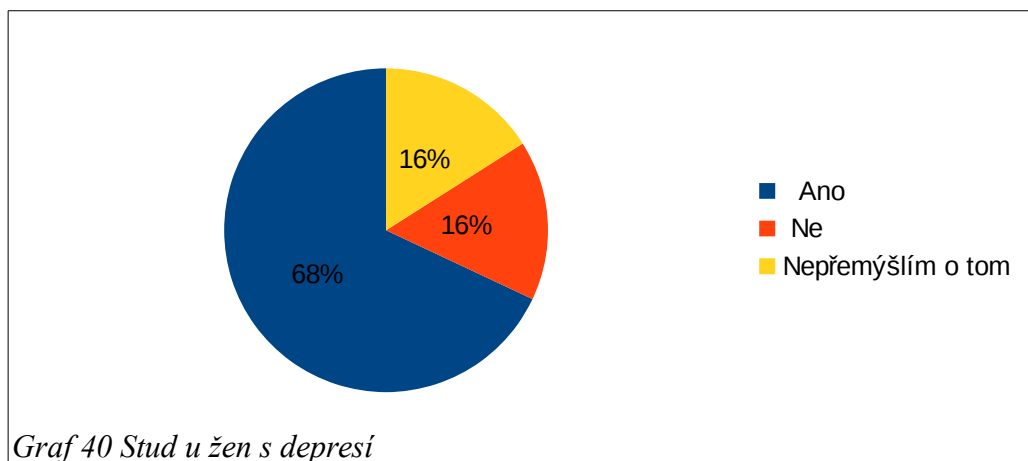
Tyto grafy se zaobírají otázkou přijetí okolím. Zatímco ženy se okolím přijati v počtu 16 (64 %) necítí. Muži v počtu 18 (72 %) nepocit'ují ze strany okolí nějaké nepřijetí. Dále uvádí 6 žen (24 %), že nemají pocit, že by je okolí nepřijalo. A 3 ženy (12 %) toto neřeší. Muži dále uvádějí toto: pět dalších (20 %) toto neřeší. A dva (8 %) se cítí nepřijato.

Otázka č. 21 Stydíte se za své obtíže/za to, že se léčíte s depresí?

r = 25	počet odpovědí	v %
Ano	17	68 %
Ne	4	16 %
Nepřemýšlím o tom	4	16 %

Tab. 40 Stud u žen s depresí

r = 25	počet odpovědí	v %
Ano	18	72 %
Ne	2	8 %
Nepřemýšlím o tom	5	20 %



I přesto, že muži z celého výzkumného šetření vycházejí tak nějak lépe, za své obtíže, jak je vidět z grafu, se stydí 18 z nich (72 %). 5 mužů (20 %) o tom nepřemýšlí a dva (8 %) se za obtíže nestydí.

Jak můžeme vidět, zde převládá i u žen odpověď ano a to v počtu 17 (68 %). Čtyři ženy (16 %) se za své obtíže nestydí a další čtyři (16 %) toto neřeší.

Otázka č. 22 Co Vám deprese vzala a co Vám dala?

(Jedná se o otevřenou otázku. Uvádím zde výpověď jedné ženy a jednoho muže.

Jména jsou z důvodu ochrany osobních údajů smyšlená)

Simona: „Vyrůstala jsem v rodině, kde se k nám rodiče nechovali hezky. Byly tam nadávky, alkohol a rodiče na mě a bratra dost kašlali. Já jsem se lidem, hlavně spolužákům dost stranila, protože ti mě šikanovali, párkrát jsem se i pořezala na ruce. To mi přinášelo uvolnění. Trvalo to několik let. Měla jsem ale štěstí – i když jsem to zprvu tak nevnímala, nakonec jsem skončila na psychiatrii s depresí a úzkostma. Poznala jsem tam lidi se stejnými obtížemi a ulevilo se mi a já konečně mohla otevřeně mluvit. Takže když se ptáte co mi deprese dala, tak určitě to, že jsem zjistila, že nejsou všichni lidi zlí. Našla jsem tam dobré přátele, se kterými se dodnes stýkáme. Posilnilo mi to sebevědomí. A rozhodla jsem se pro studium na veřejce. A co mi deprese vzala? No, než jsem se z toho dostala, byla jsem úplně v hajzlu. Nebyla jsem schopná nic dělat a neustále brečela, to nikomu nepřeju zažít. Vzalo mi to nějaký kus života, který jsem mohla věnovat lepším věcem než se jen válet celý den v posteli. Ale to člověk vidí vždy, až si tím projde. Léky naštěstí snáším dobře, takže výrazné vedlejší účinky nepozorují.“

Michal: „Na psychiatrii jsem skončil po deseti letech hrozného napětí a vyčerpání. Začalo to v práci. Dostal jsem vedoucí funkci a byl moc rád. Ale protože jsem nechtěl dát najevo, že to nezvládám, tak jsem makal od nevidim do nevidim a dělal i práci, kterou bych mohl svěřit jiným. Ale jsem takový perfekcionista. A tak jsem pracoval a pracoval, aby se i rodina měla dobře. Ani jsem si při tom všem nestihl všimnout, že rodina se mi rozpadá. Byl jsem neustále nervózní, práce a lidi v ní mě začali jít pěkně na nervy. Ráno jsem pomalu nemohl ani vstát z postele. Vše to gradovalo a bylo to čím dál horší. Měl jsem pocit velkého zklamání. Stávalo se, že jsem často sahal po alkoholu, abych se uvolnil. Moje úžasná žena, i přes to, co si se mnou prožila, mě jednou donutila jít k doktorovi až jsem najednou skončil na psychiatrii. Moje diagnóza zněla deprese a syndrom vyhoření. Když se na to dívám s odstupem, tak deprese mi otevřela oči. Dala mi prostor o všem přemýšlet. Už vím, že se rozhodně nemusím honit, abych zvládl všechno jen já sám. Musím umět zpomalit a poznat, kdy mám dost. Také se více věnuji

rodině. Na tom mi nyní záleží nejvíce. Až na psychiatrii jsem si uvědomil, že jsem je mohl ztratit. A co mi vzala? Tak asi těch deset let, které byli díky ní tak těžké. Léky postupně chci vysadit, chodím na terapii.“

4.4 Zhodnocení hypotéz

Výsledky šetření ukazují následující:

Hypotéza č. 1 se potvrdila, toto bylo dokázáno u otázky č. 7, kdy muži hodnotí kvalitu svého života jako dobrou. Ženy hodnotily kvalitu svého života jako ani dobrou ani špatnou.

Ženy byly celkově spíše nespokojené se svým vzhledem, společenským životem, zvládáním domácnosti. Ženám více deprese brání dělat to co potřebují, jak bylo dokázáno u otázky č. 9.

Hypotéza č. 2 se nepotvrdila, jelikož na otázku č. 16, zvolila většina odpověď spíše nespokojena a to v deseti případech. Naproti tomu muži, na stejnou otázku – podpora rodiny, udávali odpověď spíše spokojen (16 respondentů).

Hypotéza č. 3 se nepotvrdila, jak odpovídaly ženy v největším počtu, rády by pracovaly, ale nejde to. Muži v celých 16ti případech jsou rádi, že můžou pracovat.

Hypotéza č. 4 se potvrdila, ženy častěji popisovaly výskyt beznaděje a úzkosti jako často v 18 případech. Muži uváděli odpověď někdy v 19 případech.

Hypotéza č. 5 se potvrdila, valná část mužů i žen považovala za nejdůležitější věci ve svém životě zdraví a lásku a rodinu.

4.5 Shrnutí

Ve výzkumném šetření se zaměřuji na zmapování nejčastějších obtíží, které mohou ovlivnit kvalitu života u depresivních osob a porovnání obtíží mezi ženami a muži. Zařadila jsem tedy do dotazníku otázky, které by mohly toto zodpovědět. V otázkách se zabývám kvalitou života, podporou ze strany rodiny, spokojeností se společenským životem, spokojeností se sexuálním životem, schopností pracovat, zvládáním chodu domácnosti, spokojeností se svým vzhledem, náladou. Pokládám také otázku, zda deprese změnila život respondentů a poslední otázka předkládá to, co lidé považují v životě za nejdůležitější.

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, jaké oblasti života, v kontextu kvality, jsou depresí nejvíce zasaženy a ovlivněny. A druhým velkým cílem bylo zjistit, zda se v těchto jednotlivých oblastech nějak liší s depresí léčené ženy a muži. Z uvedených dvou cílů vyplynuly následující výzkumné otázky: Jak moc deprese ovlivňuje jednotlivé oblasti života? Jak se liší kvalita jednotlivých oblastí života žen a mužů s depresí? Které oblasti života dotazovaných deprese nejvíce ovlivnila? Jakým způsobem ovlivňuje rodina kvalitu života depresivního jedince? Jaký je vztah mezi depresivním prožíváním a kvalitou života? Je výrazný je rozdíl v kvalitě života před hospitalizací a po ní? Se kterými obtížemi se potýkají depresivní muži/ženy?

Podle navrácených vyplněných dotazníků jsem zjistila, že většina dotázaných žen bylo ve věku 20 – 35 let. U mužů převládala skupina 36letých – 50letých. Jednalo se většinou o lidi pracující, žijící s rodinou. Zajímavým poznatkem je také to, že většina respondentů se léčí s depresí 6 a více let.

Z výsledků vyplývají hlavně tyto rozdíly: muži hodnotili dle zadaných otázek svou kvalitu života lépe než ženy. Ty ve více oblastech předkládali spíše zápornější nebo neutrální odpovědi. Zajímavým zjištěním bylo, že ženy uvádějí jako druhou nejdůležitější věc lásku, avšak v otázce Jak jste spokojen/á s podporou ze strany rodiny, byly určité rozdíly. Dost velký počet žen uvádělo, že jsou spíše nespokojené. Výrazné shody bylo získáno v otázce Myslíte si, že deprese v něčem změnila Váš život? Zde se shodly jak muži tak ženy a to v počtu 22:22.

Výsledek otázky Jak jste spokojen/á se zvládáním domácnosti ukazuje, že ženy jsou spíše nespokojené. Muži byli ve větší části spokojení. Může to být, ale i tím, že většina domácnosti často leží na bedrech ženy.

Na otázku Jak spokojen/á jste se svým vzhledem ženy uváděly odpověď nespokojena. Muži byli opět spokojeni. Může to souviset se změnami, které s sebou depresivní nálada přináší, to bylo popsáno v teoretické části diplomové práce.

Kdybych to měla shrnout, pokládám za nejvýraznější rozdíl to, že muži převážně hodnotili kvalitu svého života a obtíže, které depresivního člověka provází, jako lepší oproti ženám.

ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na výzkumné šetření obtíží depresivních mužů a žen a porovnání rozdílů v kvalitě života mezi nimi. Navazuje tak na teoretickou část této diplomové práce. Cíle této práce stanovené na začátku, byly tedy naplněny.

Deprese je závažné duševní onemocnění, které může postihnout každého bez ohledu na věk. Častěji depresí trpí ženy než muži a není výjimkou, že onemocní i děti. Dříve se deprese rozdělovala na endogenní a exogenní. Dnes se hlavně deprese posuzuje z hlediska délky a závažnosti příznaků.

Deprese provází lidstvo odjakživa. Léčba a postoje k ní se ale postupem času změnily.

Za pravděpodobnou příčinu nemoci zřejmě nestojí jeden spouštěč, ale více faktorů, které se vzájemně ovlivňují. Jakmile se tyto faktory zkombinují, může dojít k rozvoji deprese. Svými projevy deprese ochromí celého člověka a tím zabraňuje jeho normálnímu fungování. Ne nadarmo se říká, že je to nemoc duše i těla. Terapie spočívá v tom, aby bylo zabráněno možným skrytým rizikům, jako je například sebevraždě jednáni. A má vést ke zkvalitnění života nemocného.

V dnešní době jsou často depresivní lidé (a celkově duševně nemocní) vystaveni stigmatizaci. Nemoc je jako cejch, který vede v závěru ještě k větší izolaci a vyhýbání se sociálnímu kontaktu, omezení práceschopnosti a mezilidské komunikaci. Snaha lidí, kteří pracují s duševně nemocnými klienty je změna stávajícího postoje společnosti a všeobecně zlepšovat a zkvalitňovat péči o takto nemocné.

Na závěr bych si ještě dovolila uvést citát Carla Gustava Junga: „ *Deprese je jako dáma v černém. Když přijde, nevyhánějte ji, ale usad'te ji ke stolu a vyslechněte si, co vám chce říct.* “

Doufám, že má diplomová práce přinesla poznatky o depresi a o obtížích, které s sebou přináší a mohou ve svém důsledku vést ke zhoršení kvality života. Tato práce je hlavně věnována těm, kteří pracují s depresivními klienty a poznatky této práce budou moci využít ke zkvalitnění péče a zlepšení přístupu k takto nemocným a jejich rodinám.

SEZNAM LITERATURY

BREZNOŠČÁKOVÁ, Dagmar, NOVÁK, Tomáš. *Jak se vyrovnat s mánií a depresí: příručka pro pacienty s bipolární afektivní poruchou*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-131-8.

COMBY, Bruno. *Stres pod kontrolou*. Přeložila Ivana PAUKERTOVÁ. Praha: Pragma, 1997. ISBN 80-7205-475-9.

DÖRNER, Klaus. *Osvobozující rozhovor: psychicky nemocný v rodině*. Praha: Grada, 1999 Edice Psyché. ISBN 80-7169-892-X

GREDEN, John. F. *Treatment of recurrent depression*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.: 2001. Review of psychiatry series. ISBN 1585620254.

HASSONOVÁ, Gill. *Technika Mindfulness: jak se vyvarovat duševní prokrastinace pomocí všímavosti a bdělé pozornosti*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5213-6.

HAUSNER, Milan. *Duševně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1978. ISBN 08-026-78.

HONZÁK, Radkin. *Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén, 1999. Folia practica. ISBN 80-85824-95-7.

HÖSCHL, Cyril. *Psychiatrie. Učebnice pro vyšší zdravotnické školy*. Praha: Scientia Medica, 1997. ISBN 80-85526-64-6.

CHRÁSTKA, Miroslav, KOČVAROVÁ, Ilona. *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2015. ISBN 978-80-7454-553-5.

JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 2000. ISBN 80-7013-288-4.

KOCOURKOVÁ, Jana, KOUTEK, Jiří. *Sebevražedné chování*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-922-4.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 2. dopl. vydání. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-280-7.

KŘIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

KVITKOVIČOVÁ, Lucie. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou*. Bakalářská práce. Praha: 2013. Vysoká škola zdravotnická. s. 68. Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová Ph.D.

LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Edice Psyché. ISBN 978-80-247-3125-4.

MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina, aj. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Edice Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.

MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina a BABIAKOVÁ, Míra. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6

MATOUŠEK, Oldřich. *Potřebujete psychoterapii? o duševním zdraví, jeho poruchách a možnostech psychoterapeutické pomoci*. 2., rozš. a upr. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-314-5.

MEARNS, Dave, THORNE, Brian. *Terapie zaměřená na člověka: pro využití v praxi*. Přeložila Daniela Rös Šiffelová. Praha: Grada, 2013. Edice Psyché. ISBN 978-80-247-3881-9.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualiz. druhá verze k 1.1.2009. Praha: Bomton Agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce.* Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.

NEDLEY, Neil. *Život bez deprese.* Praha: Advent-Orion ČR, 2007. Zdraví pro třetí tisíciletí. ISBN 978-80-7172-023-2.

PRAŠKO, Ján, aj. *Bipolární afektivní porucha: příručka pro nemocné a jejich rodiny.* Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7354-002-X.

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

PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie.* 3. vyd. Praha: Triton, 2012. Edice Psyché. ISBN 978-80-7387-547-3.

RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel a JANOTOVÁ, Dana. *Psychiatrie: minimum pro praxi.* 4. rozšířené vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.

RAHN, Ewald a MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie. Ušebnice pro studium a praxi.* Přeložil Jan Lorenz. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-964-0.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* Praha: Grada, 2009. Edice Sociologie. ISBN 978-80-247-3006-6.

RÖHR, H. Peter. *Cesty z úzkosti a deprese: o štěstí lásky k sobě samému.* Praha: Portál, 2012. Edice Spektrum. ISBN 978-80-262-0073-4.

SHAROT, Tali. *Iluze optimismu, aneb Iracionalita pozitivního myšlení.* Přeložila Andrea Skálová. Praha: Dybbuk, 2013. ISBN 978-80-7438-082-2.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin a nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-33-0.

SVOBODA, Mojmir, ČEŠKOVÁ, Eva a KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 978-80-262-0216-5.

SPOUSTA, Vladimír. *Vádemékum autora odborné a vědecké práce humanitního a sociálního zaměření*. Brno: 2009. Akademické nakladatelství CERM, ISBN 978-80-7204-617-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.

VYBÍRAL, Zbyněk a ROUBAL, Jan. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 2. aktualiz. vydání. Praha: Grada, 2003. Edice Psyché. ISBN 80-247-0253-3.

WILLIAMS, J. Mark a PENMAN, G. Danny. *Všímavost: jak najít klid v uspěchaném světě*. Olomouc: ANAG, 2014. ISBN 978-80-7263-906-9.

ZVOLSKÝ, Petr aj. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-955-1.

ŽDÁRSKÁ, Jana. *Člověk s dg. deprese a změny v kvalitě života v procesu odeznívání nemoci*. Diplomová práce. Brno: 2007. Filozofická fakulta Masarykovy Univerzity. Psychologický ústav. Vedoucí práce: doc. PhDr. Lubomír Vašina Csc. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/86499/ff_m/?id=148447

Internetové zdroje:

Co je to stigma? In mujmindset.cz [online]. [cit. 2016-05-09]. Dostupné z:
<http://www.mujmindset.cz/stigma/co-je-to-stigma/>

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL) -BREF In uložto.cz [online]. [cit. 2016-02-13]. Dostupné z:
<https://www.ulozto.cz/hledej?q=WHOQOL-BREF>

KEBZA, Vladimír a PACLT, Ivo. *Depresivní poruchy - aktuální pojetí, způsoby klasifikace a možnosti zkvalitnění detekce, diagnostiky, terapie a prevence* In zdravi.euro.cz [online]. [cit. 2016-03-11]. Dostupné z:
<http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/depresivni-poruchy-aktualni-pojeti-zpusoby-klasifikace-a-moznost-143503>

Komunita In slovník-cizich-slov.abz.cz [online]. [cit. 2016-05-02]. Dostupné z:
http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=komunita&typ_hledani=prefix

PĚČ, Ondřej. *Destigmatizace* In psychiatrie.cz [online]. [cit. 2016-05-07]. Dostupné z:
<http://www.psychiatrie.cz/index.php/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>.

Skupinová sociální práce In media1.mypage.cz [online]. [cit. 2016-04-04]. Dostupné z:
http://media1.mypage.cz/files/media1:4ad6f3ddeb67f.pdf.upl/10_%20Skupinov%C3%A1%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20pr%C3%A1ce.pdf

Spánová deprivace In ose.zshk.cz [online]. [cit. 2016-03-23]. Dostupné z:
<http://ose.zshk.cz/vyuka/terapie.aspx?tid=147>

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Rozdělení respondentů podle pohlaví.....	47
Tab. 2 Rozdělení žen dle věku.....	48
Tab. 3 Rozdělení mužů dle věku.....	48
Tab. 4 Rozdělení rodinného stavu – ženy.....	49
Tab. 5 Rozdělení rodinného stavu – muži.....	49
Tab. 6 Zaměstnanost žen.....	50
Tab. 7 Zaměstnanost mužů.....	50
Tab. 8 S kým žijí ženy.....	51
Tab. 9 S kým žijí muži.....	51
Tab. 10 Doba léčby deprese u žen.....	53
Tab. 11 Doba léčby deprese u mužů.....	53
Tab. 12 Kvalita života z pohledu žen.....	54
Tab. 13 Kvalita života z pohledu mužů.....	54
Tab. 14 Spokojenost žen se svým společenským životem.....	55
Tab. 15 Spokojenost mužů se svým společenským životem.....	56
Tab. 16 Deprese a činnosti u žen.....	57
Tab. 17 Deprese a činnosti u mužů.....	57
Tab. 18 Vliv deprese na život žen.....	58
Tab. 19 Vliv deprese na život mužů.....	58
Tab. 20 Energie k rozvíjení zájmů u žen.....	59
Tab. 21 Energie k rozvíjení zájmů u mužů.....	60
Tab. 22 Spokojenost se svou náladou u žen.....	61
Tab. 23 Spokojenost se svou náladou u mužů.....	61
Tab. 24 Spokojenost se zvládnutím domácnosti u žen.....	62
Tab. 25 Spokojenost se zvládnutím domácnosti u mužů.....	62
Tab. 26 Schopnost pracovat u žen.....	64
Tab. 27 Schopnost pracovat u mužů.....	64
Tab. 28 Spokojenost se svým vzhledem u žen.....	65
Tab. 29 Spokojenost se svým vzhledem u mužů.....	66
Tab. 30 Podpora rodiny u žen.....	67
Tab. 31 Podpora rodiny u mužů.....	67
Tab. 32 Spokojenost žen se svým sexuálním životem.....	68
Tab. 33 Spokojenost mužů se svým sexuálním životem.....	69
Tab. 34 Úzkost a beznaděj u žen.....	70

Tab. 35 Úzkost a beznaděj u mužů.....	70
Tab. 36 Co je nejdůležitější pro ženy.....	72
Tab. 37 Co je nejdůležitější pro muže.....	72
Tab. 38 Přijetí okolím u žen.....	74
Tab. 39 Přijetí okolím u mužů.....	74
Tab. 40 Stud u žen s depresí.....	75
Tab. 41 Stud u mužů s depresí.....	75

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Rozdělení respondentů podle pohlaví.....	47
Graf 2 Rozdělení žen dle věku.....	48
Graf 3 Rozdělení mužů dle věku.....	48
Graf 4 Rozdělení rodinného stavu – ženy.....	49
Graf 5 Rozdělení rodinného stavu – muži.....	49
Graf 6 Zaměstnanost žen.....	50
Graf 7 Zaměstnanost mužů.....	51
Graf 8 S kým žijí ženy.....	52
Graf 9 S kým žijí muži.....	52
Graf 10 Doba léčby deprese u žen.....	53
Graf 11 Doba léčby deprese u mužů.....	53
Graf 12 Kvalita života z pohledu žen.....	54
Graf 13 Kvalita života z pohledu mužů.....	55
Graf 14 Spokojenost žen se svým společenským životem.....	56
Graf 15 Spokojenost mužů se svým společenským životem.....	56
Graf 16 Deprese a činnosti u žen.....	57
Graf 17 Deprese a činnosti u mužů.....	58
Graf 18 Vliv deprese na život žen.....	59
Graf 19 Vliv deprese na život mužů.....	59
Graf 20 Energie k rozvíjení zájmů u žen.....	60
Graf 21 Energie k rozvíjení zájmů u mužů.....	60
Graf 22 Spokojenost se svou náladou u žen.....	61
Graf 23 Spokojenost se svou náladou u mužů.....	62
Graf 24 Spokojenost se zvládáním domácnosti u žen.....	63
Graf 25 Spokojenost se zvládáním domácnosti u mužů.....	63
Graf 26 Schopnost pracovat u žen.....	64
Graf 27 Schopnost pracovat u mužů.....	65
Graf 28 Spokojenost se svým vzhledem u žen.....	66
Graf 29 Spokojenost se svým vzhledem u mužů.....	66
Graf 30 Podpora rodiny u žen.....	67
Graf 31 Podpora rodiny u mužů.....	68
Graf 32 Spokojenost žen se svým sexuálním životem.....	69
Graf 33 Spokojenost mužů se svým sexuálním životem.....	69
Graf 34 Úzkost a beznaděj u žen.....	71

Graf 35 Úzkost a beznaděj u mužů.....	71
Graf 36 Co je nejdůležitější pro ženy.....	73
Graf 37 Co je nejdůležitější pro muže.....	73
Graf 38 Přijetí okolím u žen.....	74
Graf 39 Přijetí okolím u mužů.....	75
Graf 40 Stud u žen s depresí.....	76
Graf 41 Stud u mužů s depresí.....	76

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I - Dotazník

Příloha č. I – Dotazník

Vážená paní, vážený pane!

Studuji magisterský obor Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii na Pražské vysoké škole psychosociálních studií v Praze. A obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a výsledky použiji pro svou závěrečnou diplomovou práci, ve které se zabývám depresí a jejím dopadem na kvalitu života ve srovnání mužů a žen.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu dotazník vyplnit.

Lucie Kvitkovičová

Poznámky k vyplnění dotazníku:

Odpovězte na každou otázku tím, že označíte pouze jednu z nabídnutých možností, není-li uvedeno u otázky jinak.

Při volbě své odpovědi srovnajte to, jak situaci hodnotíte dva měsíce po propuštění z hospitalizace s tím, co bylo rok před hospitalizací.

A) Identifikační otázky

1. Jste:

- a) žena
- b) muž

2. Kolik je Vám let:

- a) 20 – 35 let
- b) 36 – 50 let
- c) 51 a více let

3. Jaký je Váš rodinný stav:

- a) vdaná/ženatý
- b) svobodná/ý
- c) mám partnera/partnerku

4. Jsem:

- a) student/ka
- b) zaměstnaná/ý
- c) nezaměstnaná/ý
- d) na mateřské/rodičovské dovolené
- e) v invalidním důchodu

5. Žijete s někým?

- a) sám/sama
- b) žiji s rodiči
- c) žiji se svou rodinou
- d) spolubydlíci

B) Profil problémů – speciální otázky

6. Jak dlouho se léčíte s depresí?

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 11 let
- c) 12 a více let

7. Jak hodnotíte kvalitu svého života?

- a) dobrá
- b) velmi dobrá
- c) špatná
- d) velmi špatná
- e) ani špatná ani dobrá

8. Jak jste spokojen/na se svým společenským životem?

- a) vůbec nikdy
- b) zřídka
- c) někdy
- d) často nebo většinu času
- e) stále jsem spokojen/a

9. Do jaké míry máte pocit, že Vám deprese brání dělat to, co potřebujete?

- a) vůbec ne
- b) málo
- c) středně
- d) velmi
- e) v obrovské míře

10. Otázka č. 10 Myslíte si, že deprese v něčem změnila Váš život?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Máte dost energie/sil pro rozvíjení Vašich zájmů?

- a) vůbec ne
- b) málo
- c) přiměřeně
- d) většinou ano
- e) naprosto

12. Ve srovnání posledního jednoho roku před hospitalizací a dva měsíce po propuštění z léčby, jak jste spokojen/á se svou náladou?

- a) vůbec ne/nikdy
- b) někdy
- c) často nebo většinu času
- d) velmi často/stále

13. Ve srovnání jednoho roku před hospitalizací a dva měsíce po propuštění z léčby, jak jste spokojen/á se zvládáním domácnosti?

- a) spíše nespokojen/á
- b) jsem spokojen/á
- c) většinou jsem spokojen/á
- d) neřeším to

14. Jste spokojen/á se svou schopností pracovat (myšleno chodit do zaměstnání)?

- a) Rád/a bych pracoval/a,
ale nejde to
- b) nepracuji, jsem ID
- c) momentálně nepracuji
- d) jsem rád/a, že můžu
pracovat
- e) nemusím pracovat,
vydělává partner/ka

15. Jak spokojen/á jste se svým vzhledem?

- a) velmi spokojen/á
- b) ani spokojen/á ani nespokojen/á
- c) nespokojen/á
- d) velmi nespokojen/á

16. Jak jste spokojen/á s podporou ze strany rodiny?

- a) velmi nespokojen/á
- b) spíše nespokojen/á
- c) spíše spokojen/á
- d) spokojen/á
- e) nevím, co si o tom myslet/rodinu nemám

17. Jak jste spokojen/á se svým sexuálním životem?

- a) velmi spokojen/á
- b) ne moc spokojen/á
- c) nespokojen/á
- d) velmi nespokojen/á
- e) toto neřeším

18. Jak často jste od ukončení hospitalizace pocíťoval/a úzkost, beznaděť?

- a) zřídka
- b) někdy/párkrát
- c) často
- d) každý den
- e) vůbec/nikdy

19. Co je pro Vás v životě nejdůležitěťší?

(vyberte 3 možnosti)

- a) zdraví
- b) láska
- c) peníze
- d) sebeuplatnění
- e) zaměstnání
- f) radost
- g) víra
- h) štěstí
- ch) rodina

20. Jak se cítíte přijímání okolím?

- a) vůbec se necítím přijat/a, okolí se na mě dívá skrz prsty/divně
- b) nepocíťuji nějaké nepřijetí
- c) toto neřeším

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Bc. Lucie Kvitkovičová, DiS.

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Rozdíly mezi ženami a muži s diagnózou deprese

Počet stran (bez příloh): 71

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů české literatury a pramenů: 41

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 1

Počet internetových odkazů: 7

Vedoucí práce: MUDr. Pavla Hellerová

Rok dokončení práce: 2016

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Lucie Kvitkovičová, DiS
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
 Název práce: Rozdíly mezi ženami a muži s diagnózou deprese
 Vedoucí/oponent práce: MUDr. Pavla Hellerová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 71
 Počet stránek příloh: 5
 Počet titulů v seznamu literatury: 42, internetových odkazů 7

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	2			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

1				
---	--	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	2			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

1				
---	--	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

1				
---	--	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, původní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

1				
---	--	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

--	--	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

1				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

1				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	2			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

1				
---	--	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

1				
---	--	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

1				
---	--	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	2			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	2			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1/ Jaký důvod mohou mít ženy, když v dotazníku uvedly, že nejsou spokojené se svým zevnějškem kromě deprese?
- 2/ Co je patrně důvodem, že muži jsou mnohem více spokojeni s postojem rodiny k jejich nemoci a fungování?
- 3/ Který psychoterapeutický směr je při léčení depresivního onemocnění nejúčinnější a proč?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Studentka velmi dobře a přehledně zpracovala teoretickou část, vyčerpala všechny i moderní způsoby léčby, citovala mnoho autorů, zřejmě přečetla hodně literatury. Teoretická část je úplná a přehledná. Výzkumná část je také velmi dobrá, vybraná metoda i zpracování je velmi dobré. Jen věkové rozvrstvení mužů a žen nebylo úplně stejné, což mohlo zvyšovat rozdíly mezi skupinami, ale toho lze jen velmi těžko dosáhnout, protože početné zastoupení mužů v daném klasifikačním výběru je mnohem menší. Celkově hodnotím práci jako výbornou.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborná

Datum, podpis: 4.5.2017 MUDr. Pavla Hellerová

**Posudek oponentky diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Lucie Kvitkovičová, DiS

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Rozdíly mezi ženami a muži s diagnózou deprese

Oponentka práce: Mgr. Zuzana Janotková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 71

Počet stránek příloh: 5

Počet titulů v seznamu literatury: 49

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			x	
--	--	--	---	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

			x	
--	--	--	---	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

				x
--	--	--	--	---

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			x	
--	--	--	---	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

		x		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			x	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

				X
--	--	--	--	---

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Uveďte aspoň jeden výzkum v oblasti kvality života pacientů s duševním onemocněním

Uveďte návrhy sociální práce s lidí s depresí na základě zjištěných výsledků vašeho výzkumu

V práci jste použila vlastní dotazník. Je dotazník reliabilní?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Celkově vnímám, že jsou jak v teoretické, tak praktické části nesrovnalosti i když je patrné, že studentka dané téma zpracovávala poctivě. Oceňuji také snahu zpracovat téma s použitím kvantitativní metodologie a statisticky. Studentka se zde snažila téma výzkumně pracovat.

Studentka předložila práci s názvem: „Rozdíly mezi ženami a muži s depresí. V teoretické práci je studentka pokusila v první kapitole str.10-25 zpracovat téma deprese z medicínského pohledu jak sama uvádí. Tato část odborného textu je zpracována systematicky s důrazem na obeznámení s onemocněním – depresí, ale je předimenzovaná vzhledem ke studijnímu zaměření studentky. Druhá kapitola je věnována sociální práci jako formě pomoci a psychoterapii jako formě léčby. Zde bych naopak přivítala kvalitnější zpracování vzhledem ke studovanému oboru. V podkapitole o sociální práci s depresivním klientem se nedozvíme nic konkrétního. Studentka zde uvádí obecný přístup k sociální práci s jedincem, skupinou a komunitou, a to v kombinaci s historickým exkurzem. Postrádám zde specifika sociální práci s psychiatrickým pacientem/klientem, s důrazem na práci s depresí.

Studentka dále v anotaci uvádí, že se v dané práci chce zaměřit na depresivní onemocnění a následně ve výzkumném šetření bude hledat rozdíly mezi ženami a muži s touto nemocí v kontextu kvality života. V teoretické části se bohužel nenachází kapitola věnována kvalitě života u lidí s duševním onemocněním. Postrádám zde i jakoukoli zmínku o výzkumech v dané oblasti. Celkově mi chybí teoretický východisko, nebo východisko z výzkumných prací a informací v dané oblasti v kontextu sociální práce.

V kapitolách: „Možnosti psychoterapie v léčbě deprese a psychoterapeutické směry“ jsou rušivé nepřesné informace, např. je zde trénink sociálních dovedností zařazen pod psychoterapeutické přístupy a ne pod metody práce.

Celkově by si teoretická část zasloužila zpracování více zaměřeno k tématu diplomové práce. Je zde znát, že studentka pracovala s odborným textem, ale je tady na kvality zpracování.

Praktická část diplomové práce: Studentka v práci uvádí, že *"Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, jaké oblasti života, v kontextu kvality, jsou depresí nejvíce zasaženy a ovlivněny. Proto jsem se při tvorbě dotazníku soustředila na ty oblasti života, na které depresivní onemocnění má největší vliv. A druhým velkým cílem bylo zjistit, zda se v těchto jednotlivých oblastech nějak liší s depresí léčené ženy a muži."*

Výzkumný cíl studentky je předimenzován nejen s ohledem na rozsah diplomové práce. Zmíněná kvalita života není nijak operacionalizována a tak není jasné, z čeho respondenti při své odpovědi vycházejí, na co vlastně odpovídají. Celá metodologie výzkumu je pak postavená na předpokladech autorky, co je vlastně problémem v životě lidí trpících depresí. Není také jasné, z jakých předpokladů studentka vychází, když zkoumá rozdíly v kvalitě života mezi ženami a muži s depresí. Studentka si stanovila velké množství výzkumných otázek a nejasné výzkumné hypotézy, chybí kontrolní skupina nebo srovnání s normou. Oceňuji snahu vytvořit vlastní dotazník, který ale nedává jasné odpovědi. Co se týká zpracování výsledků, je zde použita popisná statistika, s použitím které se pak studentka snažila o interpretaci výsledku. Je zde znát, že si studentka dala s výzkumnou částí práci, ale vzhledem k pochybením se nedá dostat jasným výsledům k danému cíli výzkumu.

Je škoda, že v práci chybí diskuse, kde by bylo možné, aby studentka diskutovala k danému tématu s výstupem své teoretické i praktické části.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: dobře