Výzkumný tým 1LF UK

MSc. Martina Sebalo Vňuková, Ph.D.

prof. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D.

MSc. Ivan Sebalo, Ph.D.

Doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.

**DUŠEVNÍ ZDRAVÍ MLADÝCH DOSPĚLÝCH V ČESKÉ REPUBLICE**

Úvod

Výzkum duševního zdraví mladých dospělých nabízí fascinující příležitost pro hlubší porozumění dynamice lidské psychiky v kontextu rychle se měnících společenských, ekonomických a technologických realit našeho současného světa. Zkoumání duševního zdraví v tomto životním období je nezbytné z několika důvodů, které sahají od individuálního well-being po širší společenské dopady.

*Klíčová období vývoje*

Mladá dospělost je obdobím, ve kterém se dokončuje vývoj mozku, přičemž frontální lalok, centrum pro rozhodování a sebereflexi, dozrává až do pozdních dvaceti let. To znamená, že rozhodnutí a zkušenosti z tohoto období mohou mít dlouhodobý vliv na duševní zdraví. Výzkum tedy nabízí příležitost pro identifikaci kritických faktorů, které mohou podporovat pozitivní vývoj mozku a předcházet potenciálním problémům.

*Sociální a technologické změny*

Současná generace mladých dospělých prožívá jedinečný soubor výzev, včetně tlaků spojených s digitálními médii, sociálními sítěmi a rychlými změnami na trhu práce. Tyto faktory mohou zvyšovat stres, úzkost a pocit izolace. Studium těchto fenoménů poskytuje důležitý vhled do toho, jak moderní životní styl ovlivňuje duševní zdraví a jak lze tyto vlivy minimalizovat nebo překonat.

*Preventivní strategie*

Výzkum duševního zdraví mladých dospělých také hraje zásadní roli v prevenci. Identifikací raných příznaků duševních onemocnění a faktorů rizika může výzkum pomoci ve vývoji preventivních strategií a programů. Tím se otevírá možnost intervenovat dříve a možná dokonce zabránit rozvoji vážnějších duševních problémů.

*Ekonomické a společenské důsledky*

Duševní zdraví má významné ekonomické a společenské důsledky, včetně nákladů na zdravotní péči, ztráty produktivity a dopadu na rodinné a sociální vztahy. Lepší porozumění duševnímu zdraví mladých dospělých může přinést strategie pro snížení těchto nákladů a zlepšení kvality života nejen pro jedince, ale pro celou společnost.

*Osobní rozvoj a blaho*

Zkoumání duševního zdraví mladých dospělých je důležité pro podporu jejich osobního rozvoje a blaha. Toto období je klíčové pro formování identity, budování kariéry a vytváření trvalých vztahů. Výzkum může pomoci identifikovat strategie pro zvládání stresu, budování odolnosti a podporu zdravého životního stylu.

Vzhledem k těmto faktorům je zřejmé, že výzkum duševního zdraví mladých dospělých není jen akademickým výzkumem, ale zásadní součástí snah o vytvoření zdravější, šťastnější a odolnější společnosti. Výzkum v této oblasti nabízí cenné zjištění, které mohou sloužit jako podklad pro vzdělávací programy a individuální strategie pro zvládání výzev spojených s mladou dospělostí. V konečném důsledku může výzkum v této oblasti přispět k většímu pochopení toho, jak podporovat a chránit duševní zdraví v klíčových fázích lidského života.

Metodologie

V rámci studie o duševním zdraví a životním stylu mladých dospělých v České republice se výzkumný tým zaměřil na získání reprezentativního vzorku populace ve věku 18 až 30 let. Tento výzkum byl realizován ve spolupráci s agenturou STEM/MARK, což zajišťovalo, že vzorek reflektuje demografické rozložení české populace v daném věkovém rozmezí. Výběr reprezentativního vzorku je zásadním krokem ve výzkumném procesu, jelikož zajišťuje validitu a reliabilitu získaných dat a umožňuje generalizaci zjištěných výsledků na celou populaci.

Metoda Computer Assisted Web Interviewing (CAWI) byla zvolena jako primární sběrná technika pro tento výzkum. CAWI je moderní výzkumná metodologie, která využívá internetové technologie k efektivnímu a rychlému sběru dat prostřednictvím online dotazníků.

Výzkumná metodologie zahrnovala použití standardizovaných dotazníků. Tyto nástroje jsou klíčové pro kvantitativní výzkum, jelikož poskytují pevně stanovené otázky s předdefinovanými odpověďmi, což umožňuje objektivní srovnání výsledků a zajišťuje vysokou míru standardizace sběru dat. Použití standardizovaných dotazníků také umožňuje porovnávání zjištění s výsledky jiných studií a s existujícími databázemi. Kromě standardizovaných dotazníků byla do studie integrována také specifická baterie otázek vyvinutá týmem z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Tento přístup umožnil výzkumníkům přizpůsobit dotazníky tak, aby lépe reflektovaly specifika české populace a zohledňovaly konkrétní výzkumné cíle. Tato kombinace standardizovaných nástrojů a specificky navržených otázek tak poskytla komplexní pohled na duševní zdraví a životní styl mladých dospělých v České republice, přičemž zajišťovala jak objektivitu a srovnatelnost dat, tak jejich relevanci a specifičnost pro kontext studie.

Výsledky

Z hlediska (biologické) genderové distribuce byl vzorek téměř rovnoměrně rozdělen mezi muže (49,2 %) a ženy (50,5 %), s marginálním zastoupením ostatních genderových identit (0,3 %) Pro další analýzy byli zahrnuti pouze muži a ženy protože ačkoliv je nezbytné věnovat se problematice nebinární populace z důvodu minimální reprezentace v naším vzorku to nebylo možné.

Tabulka 1 – Pohlaví

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pohlaví | % | N |
| Muž | 49,2 | 507 |
| Žena | 50,5 | 520 |
| Jiné | 0,3 | 3 |
| celkem | 1030 | 1030 |

Věková struktura vzorku odrážela celé věkové spektrum s mírným nárůstem zastoupení ve starších věkových kategoriích; například nejvyšší procento účastníků (10,7 %) představovali jedinci ve věku 30 let.

Tabulka 2 - Věk

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Věk | % | N |
| 18 | 9,2 | 95 |
| 19 | 7,3 | 75 |
| 20 | 6,8 | 70 |
| 21 | 5,7 | 59 |
| 22 | 5,5 | 57 |
| 23 | 5,8 | 60 |
| 24 | 4,6 | 47 |
| 25 | 6,7 | 69 |
| 26 | 8,1 | 83 |
| 27 | 10,2 | 105 |
| 28 | 10,0 | 103 |
| 29 | 9,4 | 97 |
| 30 | 10,7 | 110 |
| celkem | 1030 | 1030 |

V kontextu vzdělávacích úrovní byla nejpočetnější skupina ve vzorku tvořena respondenty se středoškolským vzděláním s maturitou (42,1 %), což naznačuje dobrý dosah na skupinu s významným zastoupením ve společnosti. Respondenti s vysokoškolským vzděláním, bakalářským (12,1 %) nebo magisterským (13,5 %), byli také dobře reprezentováni, zatímco pouze jeden účastník uvedl dosažení postgraduálního vzdělání.

Tabulka 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vaše nejvyšší dosažené vzdělání: | % | N |
| Základní | 17,1 | 176 |
| Středoškolské/vyučen(a) bez maturity | 15,0 | 155 |
| Středoškolské/vyučen(a) s maturitou | 42,1 | 434 |
| Vysokoškolské - bakalářské | 12,1 | 125 |
| Vysokoškolské - magisterské | 13,5 | 139 |
| Vysokoškolské - postgraduální | 0,1 | 1 |
| celkem | 1030 | 1030 |

Tabulka 4 Genderové rozdíly v úzkosti, depresivní symptomatologii a vyhoření

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Muž | Žena | Celkem |
|  | průměr ( standardní odchylka)  | průměr ( standardní odchylka)  | průměr ( standardní odchylka)  |
| BAI úzkost | 10,64 ( 10,12 ) | 13,36 ( 11,41 ) | 12,02 ( 10,88 ) |
| BDI II depresivní symptomatologie | 11,81 ( 10,37 ) | 15,06 ( 11,19 ) | 13,46 ( 10,91 ) |
| SMBM vyhoření | 47,3 ( 15,51 ) | 51,25 ( 16,04 ) | 48,85 ( 15,83 ) |
| SMBM fyzické vyhoření | 21,46 ( 7,67 ) | 23,87 ( 7,96 ) | 22,41 ( 7,87 ) |
| SMBM kognitivní vyhoření | 16,8 ( 6,29 ) | 17,99 ( 6,34 ) | 17,27 ( 6,33 ) |
| SMBM emoční vyhoření | 9,04 ( 3,86 ) | 9,38 ( 4,03 ) | 9,18 ( 3,93 ) |

V Tabulce 4 jsou prezentovány průměrné hodnoty (s uvedením standardních odchylek v závorkách) pro úzkost, depresivní symptomatologii a různé aspekty vyhoření, rozdělené podle genderových kategorií a následně pro celkový vzorek. Průměrné skóre BAI (Beck Anxiety Inventory), indikující úroveň úzkosti, je vyšší u žen (13.36) ve srovnání s muži (10.64), s celkovým průměrem pro vzorek 12.02. Obdobně, BDI II (Beck Depression Inventory II) hodnoty pro depresivní symptomatologii vykazují vyšší průměr u žen (15.06) než u mužů (11.81), s celkovým průměrem 13.46. V rámci vyhoření, - měřeno SMBM (Shirom-Melamed Burnout Measure), data opět ukazují na vyšší průměrné skóre u žen (51.25) v porovnání s muži (47.3), s celkovým průměrem 48.85 pro celkový vzorek. Fyzické, kognitivní a emoční vyhoření - dále ukazuje, že i tyto hodnoty jsou systematicky vyšší u žen než u mužů. Pro fyzické vyhoření průměry činí 23.87 u žen oproti 21.46 u mužů, pro kognitivní vyhoření jsou to hodnoty 17.99 pro ženy a 16.8 pro muže, a pro emoční vyhoření 9.38 u žen ve srovnání s 9.04 u mužů. Standardní odchylky napříč všemi proměnnými naznačují značnou variabilitu ve skórech jak u mužů, tak u žen. Toto může odrážet širokou škálu individuálních zkušeností s úzkostí, depresí a vyhořením uvnitř obou skupin.

Graf 1 – úzkost

Graf 1 představuje distribuci úzkostných skóre měřených Beckovým inventářem úzkosti (BAI) rozdělených podle pohlaví a celkové populace. V kategorii 'minimální nebo žádná úzkost', muži (197) mají nižší frekvenci než ženy (250), zatímco celkový počet respondentů v této kategorii dosahuje 447. Při pohledu na 'mírnou úzkost' a 'střední úzkost', frekvence mezi muži a ženami jsou srovnatelné, ale 'těžká úzkost' je častější u žen (80) ve srovnání s muži (54), s celkovým počtem 134 respondentů. Tato data mohou naznačovat genderové rozdíly v prevalenci úzkostných poruch, což vyžaduje další prozkoumání v kontextu socioekonomických a biopsychosociálních faktorů.

Graf 2 – depresivní symptomatologie

Na Grafu 2 je zobrazena frekvence skóre depresivní symptomatologie podle Beckova inventáře deprese II (BDI II). V kategorii 'minimální nebo žádná deprese', je počet mužů (271) nižší ve srovnání s počtem žen (329), a celkový počet jedinců v této kategorii je 600. 'Mírná deprese' a 'střední deprese' vykazují vyšší počty mezi ženami než mezi muži, s výraznějším rozdílem u 'těžké deprese', kde žen je 102 oproti 65 mužům. Tento vzor může odrážet větší výskyt těžké depresivní symptomatologie mezi ženami, což je shodné s některými existujícími studiemi naznačujícími vyšší prevalenci deprese u žen.

Graf 3 – vyhoření

Třetí graf ukazuje distribuci vyhoření měřeného Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) s porovnáním mužů, žen a celkového vzorku. Normální rozsah skóre (norma) vykazuje výrazně vyšší frekvenci mezi ženami (333) než u mužů (204), zatímco extremní skóre ('+3 st. od.' a '+4 st. od.') jsou méně častá, ale stále naznačují větší zastoupení žen v těchto kategoriích. Tato zjištění mohou implikovat, že vyhoření je významným problémem pro obě pohlaví, ale může se projevovat rozdílně nebo být lépe identifikovatelné u žen.

Tabulka 5 – lifestyle

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | **Muž** | **Žena** | **Celkem** |
| **Dodržujete zásady zdravého životního stylu?** |   |   |
| Ano | 357 | 333 | 690 |
| Ne | 147 | 185 | 332 |
|  **Kouříte nebo jste kouřil/a?** |   |   |   |
| Ano | 185 | 222 | 407 |
| Ne | 322 | 298 | 620 |
| **Pijete alkohol?** |   |   |   |
| Denně | 11 | 2 | 13 |
| Čtyřikrát nebo vícekrát týdně | 21 | 10 | 31 |
| Dva až třikrát týdně | 100 | 57 | 157 |
| Dva až čtyřikrát měsíčně | 176 | 161 | 337 |
| Jednou měsíčně nebo méně často | 148 | 207 | 355 |
| Ne, vůbec | 51 | 83 | 134 |
| **Užíváte pravidelně nějaké návykové látky (drogy)?** |   |
| Ano | 24 | 8 | 32 |
| Ne | 483 | 512 | 995 |
| **Chodíte spát v pravidelnou dobu?** |   |   |   |
| ano | 282 | 291 | 573 |
| ne | 225 | 229 | 454 |
| **Spíte alespoň 6 hodin denně?** |   |   |   |
| ano | 454 | 454 | 908 |
| ne | 53 | 66 | 119 |
| **Trpíte nadměrnou spavostí a únavou v průběhu dne?** |   |
| ano | 150 | 202 | 352 |
| ne | 357 | 318 | 675 |
| **Máte problémy se spánkem přes noc?** |   |   |
| ano | 121 | 143 | 264 |
| ne | 386 | 377 | 763 |
| **Řešíte problémy se spánkem s lékařem?** |   |   |
| ano | 24 | 16 | 40 |
| ne | 483 | 504 | 987 |
| **Chodíte spát před půlnocí?** |   |   |   |
| ano | 357 | 427 | 784 |
| ne | 150 | 93 | 243 |
| **Probouzíte se opakovaně během noci?** |   |   |
| ano | 133 | 223 | 356 |
| ne | 374 | 297 | 671 |

Tabulka 5 poskytuje přehled odpovědí respondentů na otázky týkající se zásad zdravého životního stylu a spánkových návyk. Většina respondentů (690) udává, že dodržuje zásady zdravého životního stylu, přičemž muži (357) a ženy (333) jsou zastoupeni téměř rovným dílem. Naopak menší skupina respondentů (332) uvedla, že tyto zásady nedodržují, přičemž žen je více (185) než mužů (147). Pokud jde o tabákové výrobky, 407 respondentů uvedlo, že kouří nebo v minulosti kouřilo, zatímco většina, 620 respondentů, kouření odmítá. Konzumace alkoholu je různá; malý počet respondentů (13) pije denně, zatímco největší část (355) konzumuje alkohol jednou měsíčně nebo méně často. Významná většina respondentů (995) negativně odpověděla na pravidelnou konzumaci návykových látek. Spánkové návyky ukazují, že 573 respondentů chodí spát v pravidelnou dobu, zatímco 454 spí alespoň 6 hodin denně. Přesto je značný počet (352) těch, kteří hlásí nadměrnou spavost a únavu během dne, což může signalizovat nedostatečnou kvalitu nebo kvantitu spánku. Problémy se spánkem přes noc byly hlášeny 264 respondenty, přičemž pouze 40 z nich se o těchto potížích podělilo s lékařem. Konečně, většina respondentů (784) uvádí, že obvykle chodí spát před půlnocí, což naznačuje přijetí spánkové hygieny, která může podporovat lepší spánkový režim.

|  |
| --- |
| **Tabulka 6.Regrese : Dopad životního stylu na depresivní symptomatologii (n = 1022)** |
|  |
|  |  |
|  | Estimate, (SE) |
|  |
| (Constant) | 18.90\*\*\* (3.14) |
| **Muži** |  |
| Vzdělání | -0.64\* (0.29) |
| Návykové látaky (Ne) | -4.23\* (2.11) |
| Trpíte nadměrnou spavostí a únavou během dne | 5.42\*\*\* (1.03) |
| Mate problémy se spánkem přes noc? | 2.62\* (1.20) |
| Chodíte spat před půlnocí? | -2.14\* (1.03) |
| Probouzíte se opakovaně během noci? | 2.80\* (1.11) |
| **Ženy** |  |
| Alkohol denně  | 22.90\*\* (8.26) |
| Máte problémy se spánkem přes noc?  | 3.82\* (1.64) |
| Chodíte spat před půlnocí? | 4.32\*\* (1.56) |
|  |
| Observations | 1,022 |
| R2 | 0.26 |
| Adjusted R2 | 0.24 |
| Residual Std. Error | 9.54 (df = 990) |
| F Statistic | 11.30\*\*\* (df = 31; 990) |
|  |
| Note: | \*p\*\*p\*\*\*p<0.001 |

Tabulka 6 poskytuje komplexní přehled o dopadu různých aspektů životního stylu na depresivní symptomatologii mezi skupinou 1022 respondentů. Z analýzy vyplývají zajímavé závěry ohledně vlivu pohlaví, vzdělání, návyků a spánkových návyků na míru depresivních symptomů. Pro muže je vzdělání spojeno se snížením depresivních symptomů. Absence návykových látek je také spojena se snížením symptomů. Na druhou stranu, muži trpící nadměrnou spavostí a únavou během dne, problémy se spánkem přes noc, nebo častým probouzením vykazují zvýšenou míru depresivních symptomů. Chodit spát před půlnocí je spojeno se snížením depresivních symptomů. U žen denní konzumace alkoholu výrazně zvyšuje depresivní symptomatologii. Stejně jako u mužů, i u žen problémy se spánkem přes noc jsou spojeny se zvýšením depresivních symptomů. Celkově model ukazuje, že proměnné zahrnuté ve studii vysvětlují 26% variability depresivních symptomů (R2 = 0.26) s upraveným R2 0.24, což naznačuje dobré přizpůsobení modelu datům. Reziduální standardní chyba modelu je 9,54 s 990 stupni volnosti. F statistika 11,30 (df = 31; 990) ukazuje, že model jako celek je statisticky významný.

Tabulka 7 nám odhaluje vývoj depresivní symptomatologie mezi mladými dospělými v České republice v kontextu let 2014 až 2023. V rámci dlouhodobého sledování depresivní symptomatologie mezi českou dospělou populací byla data z počátku získávána od široké věkové skupiny od 25 do 65 let v letech 2014 a 2017. V pozdějších letech se pak věkový rozsah rozšířil na osoby od 18 let věku. Pro účely srovnání a zachování konzistence byly pro Tabulku 7 vytáhnuty a analyzovány pouze údaje mladých dospělých do 30 let z těchto širších vzorků. Tento přístup umožnil přímější srovnání přes časové období a odhalil změny v míře depresivních symptomů specifické pro tuto věkovou kohortu.

Z tabulky lze vypozorovat, že v roce 2020, konkrétně v březnu, došlo ke snížení depresivní symptomatologie na hodnotu 10,19, což může být důsledkem počáteční fáze pandemie COVID-19, kdy lidé mohli zažívat jistý druh "rally-around-the-flag" efektu nebo společné solidarity. Nicméně v prosinci téhož roku lze pozorovat výrazný nárůst, zejména u žen, kde skóre vzrostlo na 14,59. Tento vzestup může být odrážením dlouhodobého stresu a nejistoty spojené s pandemií.

V následujících letech, 2021 a 2023, zůstávají hodnoty depresivní symptomatologie vysoké s vrcholným bodem v prosinci 2021 (14,67 celkově), což naznačuje trvalý dopad pandemie na duševní zdraví mladých dospělých. Zvláště významný je pokles mezi muži v červnu 2023 na 10,64, což může odrážet adaptaci nebo zotavení z předchozích událostí, nebo to může být výsledek sezónních vlivů nebo jiných neidentifikovaných faktorů.

|  |
| --- |
| Tabulka 7 – průměrná depresivní symptomatologie |
| Rok | Celkem | Muži | Ženy |
| 2014 | 10,93 | 10,73 | 11,16 |
| 2017 | 11,33 | 11,32 | 11,36 |
| 2020 Březen | 10,19 | 9,87 | 10,51 |
| 2020 Prosinec | 12,14 | 9,88 | 14,59 |
| 2021 Květen | 13,90 | 13,35 | 14,52 |
| 2021 Prosinec | 14,67 | 14,24 | 15,13 |
| 2023 Květen | 13,46 | 13,50 | 13,42 |
| 2023 Červen | 12,02 | 10,64 | 13,36 |

Tabulka 8 – depresivní symptomatologie dle kategorií

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | **N** |  | **%** |
| 2014 | Celkem | Muži | Ženy |   | Celkem | Muži | Ženy |
| minimální nebo žádná deprese | 83 | 43 | 40 |  | 69,75 | 68,25 | 71,43 |
| mírná deprese | 17 | 10 | 7 |  | 14,29 | 15,87 | 12,50 |
| střední deprese | 10 | 5 | 5 |  | 8,40 | 7,94 | 8,93 |
| těžká deprese | 9 | 5 | 4 |   | 7,56 | 7,94 | 7,14 |
| 2017 | Celkem | Muži | Ženy |   | Celkem | Muži | Ženy |
| minimální nebo žádná deprese | 86 | 53 | 33 |  | 66,67 | 69,74 | 62,26 |
| mírná deprese | 15 | 7 | 8 |  | 11,63 | 9,21 | 15,09 |
| střední deprese | 15 | 6 | 9 |  | 11,63 | 7,89 | 16,98 |
| těžká deprese | 13 | 10 | 3 |   | 10,08 | 13,16 | 5,66 |
| 2020 B | Celkem | Muži | Ženy |   | Celkem | Muži | Ženy |
| minimální nebo žádná deprese | 171 | 87 | 84 |  | 74,03 | 76,32 | 71,79 |
| mírná deprese | 27 | 13 | 14 |  | 11,69 | 11,40 | 11,97 |
| střední deprese | 18 | 7 | 11 |  | 7,79 | 6,14 | 9,40 |
| těžká deprese | 15 | 7 | 8 |   | 6,49 | 6,14 | 6,84 |
| 2020 P | Celkem | Muži | Ženy |   | Celkem | Muži | Ženy |
| minimální nebo žádná deprese | 147 | 86 | 61 |  | 62,29 | 69,92 | 53,98 |
| mírná deprese | 37 | 18 | 19 |  | 15,68 | 14,63 | 16,81 |
| střední deprese | 34 | 15 | 19 |  | 14,41 | 12,20 | 16,81 |
| těžká deprese | 18 | 4 | 14 |   | 7,63 | 3,25 | 12,39 |
| 2021 K | Celkem | Muži | Ženy |   | Celkem | Muži | Ženy |
| minimální nebo žádná deprese | 154 | 86 | 68 |  | 59,92 | 63,24 | 56,20 |
| mírná deprese | 31 | 11 | 20 |  | 12,06 | 8,09 | 16,53 |
| střední deprese | 32 | 19 | 13 |  | 12,45 | 13,97 | 10,74 |
| těžká deprese | 40 | 20 | 20 |   | 15,56 | 14,71 | 16,53 |
| 2021 P | Celkem | Muži | Ženy |   | Celkem | Muži | Ženy |
| minimální nebo žádná deprese | 139 | 75 | 64 |  | 54,94 | 57,25 | 52,46 |
| mírná deprese | 37 | 19 | 18 |  | 14,62 | 14,50 | 14,75 |
| střední deprese | 35 | 13 | 22 |  | 13,83 | 9,92 | 18,03 |
| těžká deprese | 42 | 24 | 18 |   | 16,60 | 18,32 | 14,75 |
| 2023 K | Celkem | Muži | Ženy |   | Celkem | Muži | Ženy |
| minimální nebo žádná deprese | 144 | 72 | 72 |  | 58,54 | 59,50 | 57,60 |
| mírná deprese | 37 | 11 | 26 |  | 15,04 | 9,09 | 20,80 |
| střední deprese | 37 | 25 | 12 |  | 15,04 | 20,66 | 9,60 |
| těžká deprese | 28 | 13 | 15 |   | 11,38 | 10,74 | 12,00 |
| 2023 Č | Celkem | Muži | Ženy |   | Celkem | Muži | Ženy |
| minimální nebo žádná deprese | 600 | 329 | 271 |  | 58,42 | 64,89 | 52,12 |
| mírná deprese | 159 | 73 | 86 |  | 15,48 | 14,40 | 16,54 |
| střední deprese | 166 | 68 | 98 |  | 16,16 | 13,41 | 18,85 |
| těžká deprese | 102 | 37 | 65 |   | 9,93 | 7,30 | 12,50 |

Tabulka 8 prezentuje rozdělení míry depresivní symptomatologie mezi mladými dospělými v České republice od roku 2014 do roku 2023. Data jsou členěna podle závažnosti symptomů na "minimální nebo žádná deprese", "mírná deprese", "střední deprese" a "těžká deprese". Kromě počtu osob (N) v každé kategorii jsou uvedeny i procentuální hodnoty rozdělené podle pohlaví.

V roce 2014, v období před pandemií COVID-19, mělo 69,75 % celkové populace mladých dospělých minimální nebo žádné příznaky deprese, s mírným převahou u žen (71,43 %) ve srovnání s muži (68,25 %). Mírnou, střední a těžkou depresi vykazoval zbytek populace, přičemž nejnižší procento měla těžká deprese.

V roce 2017 lze pozorovat mírný nárůst procentuálního podílu těžké deprese, zejména u mužů (13,16 %), což by mohlo signalizovat nárůst duševních problémů v této skupině.

V březnu 2020, když pandemie COVID-19 dorazila do České republiky, došlo k výraznému zvýšení procentuálního podílu osob s minimální nebo žádnou depresí. Nicméně, v prosinci téhož roku, se situace obrátila a došlo k poklesu této kategorie, s nárůstem v kategoriích mírné, střední a zejména těžké deprese, která u žen dosáhla 12,39 %.

V roce 2021 (květen a prosinec) lze sledovat setrvalý trend vysokých hodnot těžké deprese, s mírným nárůstem u žen v prosinci (16,53 %) ve srovnání s muži (14,71 %).

V roce 2023 (květen) došlo k vyrovnání mezi pohlavími ve všech kategoriích. Avšak v červnu se procento osob s minimální nebo žádnou depresí zvýšilo na 58,42 % celkově, což by mohlo naznačovat zlepšení duševního zdraví nebo efektivitu přijatých intervenčních opatření. V této kategorii byl patrný vyšší podíl mužů (64,89 %) ve srovnání se ženami (52,12 %), zatímco u střední a těžké deprese bylo více žen než mužů.

Tyto změny mohou být spojeny s různými faktory, včetně pandemie a sociopolitických událostí, jako je válka na Ukrajině, které měly rozsáhlý dopad na psychické zdraví populace. Zvláště zajímavý je nárůst v procentuálním podílu těžké deprese v průběhu let, což podtrhuje potřebu zaměření na prevenci a léčbu duševních onemocnění mezi mladými dospělými v ČR.

Tabulka 9 – vyhoření

|  |
| --- |
| Vyhoření celkové |
| Rok | Celkem | Muži | Ženy |
| 2014 | 42,25 | 41,17 | 43,46 |
| 2017 | 40,19 | 39,33 | 44,42 |
| 2020 B | 41,76 | 40,07 | 43,40 |
| 2020 P | 43,52 | 41,37 | 45,86 |
| 2023 K | 45,15 | 44,88 | 45,41 |
| 2023 Č | 48,85 | 47,3 | 51,25 |
| Vyhoření fyzické |
| Rok | Celkem | Muži | Ženy |
| 2014 | 20,18 | 19,89 | 20,52 |
| 2017 | 19,58 | 18,51 | 22,42 |
| 2020 B | 19,32 | 18,22 | 20,39 |
| 2020 P | 20,36 | 19,07 | 21,78 |
| 2023 K | 21,10 | 20,89 | 21,30 |
| 2023 Č | 22,41 | 21,46 | 23,87 |
| Vyhoření kognitivní |
| Rok | Celkem | Muži | Ženy |
| 2014 | 14,45 | 13,65 | 15,36 |
| 2017 | 13,28 | 13,11 | 14,36 |
| 2020 B | 14,80 | 14,33 | 15,26 |
| 2020 P | 15,84 | 15,11 | 16,65 |
| 2023 K | 16,13 | 15,84 | 16,41 |
| 2023 Č | 17,27 | 16,8 | 17,99 |
| Vyhoření emoční |
| Rok | Celkem | Muži | Ženy |
| 2014 | 7,61 | 7,63 | 7,59 |
| 2017 | 7,34 | 7,71 | 7,64 |
| 2020 B | 7,64 | 7,52 | 7,75 |
| 2020 P | 7,31 | 7,20 | 7,43 |
| 2023 K | 7,92 | 8,15 | 7,70 |
| 2023 Č | 9,18 | 9,04 | 9,38 |

Tabulka 9 prezentuje průměrné hodnoty vyhoření mezi muži a ženami v rámci určených období od roku 2014 do roku 2023, rozčleněné do celkového vyhoření a jeho fyzického, kognitivního a emočního aspektu. Zaznamenáváme postupný nárůst v celkovém vyhoření od roku 2014, kdy průměrná hodnota byla 42,25, přes mírný pokles v roce 2017 na 40,19, až po rostoucí trend v letech pandemie 2020, kdy v březnu byla průměrná hodnota 41,76 a v prosinci 43,52. V roce 2023 došlo k dalšímu nárůstu na 45,15 v květnu a 48,85 v červnu, což je nejvyšší průměrná hodnota ve sledovaném období. Zvýšení je patrné jak u mužů, tak u žen, s výraznějším nárůstem u žen, kde v červnu 2023 dosahuje hodnota 51,25. Ve fyzickém vyhoření byla průměrná hodnota v roce 2014 u celkové populace 20,18, s minimálním rozdílem mezi muži a ženami. Tento trend zůstal poměrně stálý až do roku 2023, kdy v květnu stoupla průměrná hodnota na 21,10 a v červnu na 22,41, přičemž ženy vykazují vyšší hodnoty než muži. Kognitivní vyhoření vykazuje obdobný vzestupný trend. Od 14,45 v roce 2014 se průměrné hodnoty zvýšily na 17,27 v červnu 2023. I zde je zvýšení u žen vyšší (17,99) ve srovnání s muži (16,8). Emoční vyhoření, které bylo v roce 2014 na úrovni 7,61, ukazuje nejvýraznější růst. V roce 2023 průměrná hodnota emočního vyhoření dosahuje u celkové populace 9,18, s opět vyššími hodnotami u žen (9,38) oproti mužům (9,04).

Výsledky tak poukazují na celkové zvýšení míry vyhoření, se zvláštním důrazem na emoční aspekt, který zažil největší nárůst v průběhu let, zejména v období globálních událostí, jako byla pandemie COVID-19 a sociopolitické napětí související s válkou na Ukrajině. Tento trend naznačuje zvýšené zatížení a vypětí, kterému jsou jedinci vystaveni, a to zejména v oblasti emočního zdraví.

Závěr

Závěry našeho výzkumu odhalují důležité genderové rozdíly v úzkosti, depresivní symptomatologii a vyhoření mezi mladými dospělými. Naše data, podávají detailní pohled na psychologické zdraví mladé populace během období významných sociálních změn a zdravotních krizí. V oblasti úzkosti a depresivní symptomatologie ukazují výsledky konzistentně vyšší průměrné hodnoty u žen. Tento trend byl konzistentní i při vyhoření a jeho subkomponentách, kde ženy vykazovaly vyšší průměrné hodnoty ve všech oblastech. Je to alarmující nález, který odráží nutnost cíleného přístupu k duševnímu zdraví v rámci prevence, intervence a podpory, zejména pro ženy.

Naše výzkumné data také poskytují důležité informace o vlivu životního stylu na depresivní symptomatologii. Některé aspekty životního stylu, jako je vzdělání a spánkové návyky, měly statisticky významný dopad na míru depresivních symptomů. Jednotlivci s vyšším vzděláním a lepšími spánkovými návyky měli tendenci vykazovat nižší úrovně depresivní symptomatologie. Naopak ti, kteří trpěli nadměrnou spavostí a únavou nebo měli problémy se spánkem, vykazovali vyšší úrovně depresivních symptomů.

Zvláště zřetelné bylo, že v roce 2020, kdy pandemie COVID-19 zasáhla Českou republiku, došlo k výrazným změnám v míře depresivní symptomatologie. V březnu 2020 byla průměrná hodnota depresivní symptomatologie nižší, což mohlo odrážet počáteční kolektivní reakci na krizi. V prosinci však již hodnoty výrazně stouply, což naznačuje dlouhodobější psychologický dopad pandemie. Tyto změny byly ještě zřetelnější u žen, což poukazuje na potenciální nerovnosti v dopadech pandemie na jednotlivé genderové skupiny. Zajímavé jsou také sezónní vlivy, které mohly hrát roli v proměnách depresivní symptomatologie, jak naznačují data z května a června 2023, kde byl u mužů zaznamenán pokles, zatímco u žen setrvávala vyšší průměrná hodnota.

Celkově náš výzkum podtrhuje potřebu kontinuálního sledování duševního zdraví mladých dospělých a rozpoznání faktorů, které přispívají k rozvoji úzkosti, depresivní symptomatologie a vyhoření. Zjištění zdůrazňují význam komplexního přístupu k prevenci a léčbě, který zohledňuje genderové rozdíly a specifické potřeby jedinců.

Implikace

Výzkum duševního zdraví mladých dospělých přináší nesmírně cenné vhledy, které mohou napomoci transformovat individuální životy i společnost jako celek. Naše rozsáhlá analýza odhalila klíčové aspekty, které si žádají pozornost. Odhalení vztahu mezi duševním zdravím a akademickým úspěchem naznačuje potřebu integrace psychologické podpory do vzdělávacích a profesních poradenských programů. Přizpůsobení vzdělávacích a pracovních prostředí tak, aby byly podpůrnější k duševnímu zdraví, například prostřednictvím poskytování flexibilních pracovních aranžmá, by mohlo znamenat zásadní krok k vytvoření inkluzivnějších a podpůrnějších systémů.

Rozšíření osvěty o duševním zdraví a snižování stigma může být zásadní ve zvyšování ochoty jedinců hledat pomoc. Výchovně-vzdělávací kampaně, veřejné debaty a v neposlední řadě otevřená diskuse na téma duševního zdraví by měly být v popředí veřejného zájmu a politik.

Investice do duševního zdraví mladých lidí přináší slibné perspektivy pro celou společnost, včetně zlepšení pracovní produktivity, snížení absencí a zmenšení zátěže na zdravotnický systém. Podpora duševního zdraví je tak klíčová pro budování resilientních komunit, které jsou schopné efektivně čelit výzvám.

Výsledky výzkumu nás vedou k přesvědčení, že přestože se problémy duševního zdraví mohou objevovat ve všech vrstvách společnosti, jejich dopady nejsou distribuovány rovnoměrně. Přetrvávající genderové rozdíly v úzkosti, depresi a vyhoření vyžadují zvláštní pozornost a podporu. Je nezbytné, aby se veřejné i soukromé iniciativy zaměřily na posilování duševního zdraví mladých dospělých s důrazem na komplexní a inkluzivní přístupy, které zohledňují různorodost zkušeností a potřeb.