



POSTOJE K DEPRESII U LUDÍ, KTORÍ ŽIJÚ S PRÍBUZNÝM  
TRPIACIM DEPRESIOU

METODOLOGIE V PSYCHOLOGII  
PSY 401

Veronika Ujmiaková  
Lubica Kečkešová

Vyučující: prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc.,  
Mgr. Stanislav Ježek, PhD.

Datum odevzdání: 30.12. 2009

# POSTOJE K DEPRESII U ĽUDÍ, KTORÍ ŽIJÚ S PRÍBUZNÝM TRPIACIM DEPRESIOU

## 1. Cieľ a účel štúdie

V tejto štúdií by sme chceli v prvom kroku preskúmať skúsenosť príbuzných, ktorí žijú v blízkosti človeka s diagnostikovanou depresiou. Klinická depresia je stav, ktorý zahŕňa depresívnu náladu a smútok. Jej presné medicínske vymedzenie v Medzinárodnej klasifikácii nemocí (MKN-10, 2006) na základe symptomatológie predstavuje prevažne deskriptívny pohľad na depresiou. Depresia sa však prejavuje nielen prostredníctvom symptómov na strane chorého, je to komplexný proces, ktorý zahŕňa aj vzťahy s blízkymi ľuďmi (Granek, 2006, Kostínková, 2009).

V navrhovanej štúdií nás budú zaujímať témy, ktoré sa vynárajú v súvislosti so subjektívnym vnímaním a posudzovaním depresie blízkeho človeka, emocionálne reakcie na situácie, ktoré vznikajú pri interakcii v každodennom spoložití, vnímanie stavu blízkeho človeka v kontexte objektívnej diagnózy versus jeho osobného problému. Nadvižeme na výskum Stjernswarda a Ostmana (2008) o skúsenosti príbuzných depresívnych ľudí a diplomovú prácu Kostínkovej (2009), ktorá skúmala skúsenosť žien v partnerstve s mužom trpiacim depresiou. Naším cieľom bude aj rozšíriť jej prácu o témy, ktoré sa vynárajú v kontexte ďalších príbuzenských vzťahov (s rodičmi, deťmi, súrodencami, prípadne blízkymi priateľmi)

Témy, ktoré vziđu z hĺbkového skúmania skúsenosti príbuzných s depresívnym človekom použijeme v druhom kroku na zistenie postojov širšej populácie príbuzných k depresii. Doterajšie výskumy postojov k depresii sa venovali ľuďom trpiacim depresiou (Voorhees et al., 2006, Schomerus, Matschinger, Angermeyer, 2009), postojom lekárov, psychiatrov a ošetrojúceho personálu (Nordt, Roessler, Lauber, 2006) a postojom verejnosti (Angermeyer, Matschinger, 2004, Schomerus, Angermeyer, Matschinger, Riedel-Heller, 2008). Nás budú zaujímať postoje k depresii u príbuzných, ktorí žijú s depresívnym človekom a ich porovnanie s postojmi verejnosti k depresii z predošlého výskumu. Zameraním sa na postoje príbuzných zároveň prispôbíme rozsah štúdie naším obmedzeným kapacitným možnostiam.

## 2. Konceptuálny rámec:

Primárne symptómy, ktorými sa **klinická depresia** podľa MKN-10 (2006) prejavuje sú sklesosť, zníženie energie a aktivity. Sekundárnymi príznakmi sú zhoršené sústredenie a pozornosť, znížené sebavedomie a sebadôvera, pocity viny a bezcennosti, smutný a pesimistický pohľad do budúcnosti, myšlienky na seba poškodenie a sebevraždu, poruchy spánku, znížená chuť k jedlu. Pre diagnózu depresie je nutné, aby depresívna epizóda trvala najmenej dva týždne a boli rozpoznané najmenej štyri z uvedených sekundárnych príznakov v jej miernej forme, ďalšie potom u závažnejších typov depresie (MKN-10, 2006).

### *Kvalitatívna časť:*

Blízky vzťah s niekým, kto trpí depresiou, predstavuje pre blízkeho človeka objektívnu aj subjektívnu záťaž. **Stjernsward a Ostman** (2008) v kvalitatívnej štúdií

skúmali skúsenosť ľudí, ktorí žijú v rodine s príbuzným trpiacim depresiou. Vychádzali z predošlých výskumov, ktoré identifikovali faktory ako dlhodobý vzťah s pacientom, spoločné bývanie, dennú starostlivosť a negatívne ocenenie starostlivosti ako tie, ktoré príbuzní prežívajú ako najviac zaťažujúce. Na získanie bohatších dát Stjernsward a Ostman kombinovali 2 metódy zberu dát: 7 žien sa zúčastnilo individuálneho rozhovoru a 11 účastníkov zdieľalo svoje skúsenosti v štyroch focus groups. Vzťahy účastníkov k osobe trpiacej depresiou boli: partneri, rodičia, dcéra, najlepší priateľ. Na zber a analýzu dát bola použitá zakotvená teória, pričom vynárajúce sa aspekty a kategórie boli neustále porovnávané s empirickými dátami a zvláštna pozornosť bola venovaná focus groups, kde sa dáta porovnávali vo vnútri skupín ako aj medziskupinovo. Kódovanie bolo vytvárané na všetkých troch úrovniach (otvorené, selektívne a teoretické). Ako základnú kategóriu identifikovali pocit príbuzných, že „nežijú svoj vlastný život“. Tento pocit vychádzal z ťažkostí pri udržiavaní rovnováhy vo vzťahoch s príbuzným aj s okolím, z nutnosti adaptovať sa a prehodnotiť nové životné okolnosti a z problémov v kontakte so zdravotným systémom.

Príbuzní zažívali ťažkosti v udržiavaní rovnováhy vo vzťahoch, museli napr. kvôli chorým príbuzným zmeniť prácu, zúžili sa ich sociálne kontakty. Cítili sa často osamelí a vyčerpaní. Ich vzťah s depresívnym príbuzným sa transformoval do polohy pacient/ošetrovateľ alebo dieťa/rodič. Časté boli pocity hanby a viny spojené so stigmou a obavy zo zodpovednosti za chorobu (dedičnosťou alebo správaním). Príbuzní často zažívali pocity bezmocnosti, beznádeje a rezignácie. Objavil sa však aj zážitok posilňujúcej skúsenosti, osobného rastu a často aj prehĺbenie a posilnenie vzťahov s chorým príbuzným. Ak príbuzní depresívnych pacientov obdržali biomedicínske vysvetlenie pre stav ich blízkeho, pocítili úľavu, napríklad aj od pocitov viny, že sú za chorobu nejakým spôsobom zodpovední. Nádej bola silne motivujúcim faktorom – nádej na nájdenie efektívnej liečby, dôveryhodného doktora, nádej na obnovenie vzťahov. Účastníci prežívali ťažkosti v kontakte so zdravotným systémom, mali pocit, že nie sú braní vážne, že nie sú dostatočne vypočutí, že dostali veľmi málo informácií od zdravotníckeho personálu. Väčšina príbuzných si priala viac otvorený prístup v spoločnosti, podporu porozumenia pre chorobu a boj so stigmou.

Vo výskume sa podarilo indentifikovať základné témy a oblasti prežívania vo vzťahu k blízkeму človeku, ktorý trpí depresiou. Avšak celkové ladenie štúdie z psychiatrického hľadiska, s jasným rozlišovaním „chorého“ a „zdravého“ v rodine, kde jeden trpí a druhý sa oňho stará považujeme za nedostatočné z hľadiska pochopenia psychologického prežívania depresie v rodine. Bude nás bližšie zaujímať spôsob vzťahovania sa príbuzného k človeku, ktorý prežíva depresiou, spoločne vytváraný a udržiavaný vzťahový vzorec. V prežívaní depresie môže ísť totiž aj o funkčné depresívne prispôsobenie, depresívna nálada môže teda znamenať, že človek šetrí svoje sily, nemíňa energiu na „umelý“ optimizmus, berie si oddychový čas na to, aby sa vyrovnal so životnými zmenami, premyslel alternatívne stratégie a urobil rozhodnutie (Roubal, 2007).

**Kostínková** (2009) sa v diplomovej práci venovala skúsenosti žien v partnerstve s mužom trpiacim depresiou. Vychádzala z interpersonálneho pohľadu na depresiou, podľa ktorého depresiou nemožno vnímať ako problém jedného človeka, pretože sa vždy dotýka aj tých, ktorí žijú okolo neho, aj keď depresiou sami „oficiálne“ netrpia. Zároveň ale tvrdí, že okolie nemožno vnímať len ako príčinu choroby alebo ako kľúč k tomu, ako človeka trpiaceho depresiou vyliečiť. Nás budú v kvalitatívnej analýze zaujímať práve témy vo vzťahu „zdravého“ človeka k „chorému“, ktoré môžu potenciálne viesť k tomu, že jeho depresia sa zhoršuje alebo zlepšuje.

Kostínková vo svojej práci prostredníctvom šiestich pološtrukturovaných rozhovorov analyzovaných interpretatívnou fenomenologickou analýzou identifikovala témy, ktoré sa objavujú v skúsenosti žien v partnerstve s mužom trpiacim depresiou. Témy sa dotýkali

vzťahovania sa k partnerovi, vzťahovania sa k depresii, ja v kontexte diania, zdrojov zvládania, predstavy o riešení a významu skúsenosti. Dôležité pre náš výskum sa javia témy spojené s ťažkosťami porozumieť depresii, neschopnosť porozumieť chovaniu a prežívaniu partnera, ktoré spôsobovali zmätenosť a neistotu partneriek vo vzťahovaní sa k partnerovi. Dôležité pre nás bude prijatie depresie, ktoré sa javilo ako kľúč k dobrému zvládaniu situácie. Prijatie depresie bolo pre partnerky bodom obratu vo vzťahovaní sa k partnerovi, chorobe aj sebe samej, kedy prestali proti depresii bojovať a predpokladáme, že týmto spôsobom paradoxne odňali časť bremena choroby z pliec depresívneho partnera.

### ***Kvantitatívna časť***

Vo reprezentatívnom výskume postojov k depresii sa **Angermeyer a Matschinger** (2004) venovali emocionálnym reakciám respondentov na osobu trpiacu depresiou, potrebe sociálnej vzdialenosti od tejto osoby a označeniu problému človeka s depresívnymi symptómami. Emocionálne reakcie na osobu prezentovanú na vignette označili respondenti na 5-bodovej Likertovej škále. Z 12 položiek (emocionálnych reakcií) boli faktorovou analýzou získané 3 dimenzie – strach, ľútosť a hnev. Dimenzia strach reprezentovala položky ako znepokojenie, nedostatočný pocit bezpečia dimenzia ľútosť obsahovala položky ako potrebu pomôcť, empatiu hnev bol reprezentovaný nedostatočným porozumením, iritáciou, výsmechom. Výsledky boli porovnávané s výskumom spred 10 rokov, v obidvoch výskumoch bola najčastejšia emocionálna reakcia ľútosť a túžba pomôcť a najmenej častá reakcia hnev a iritácia. Optimistický predpoklad o zlepšení postojov verejnosti k depresii a znížení stigmatizácie za poslednú dekádu sa nepotvrdil (potreba sociálnej vzdialenosti od depresívnej osoby a označenie problému človeka s depresívnymi symptómami zostali nezmenené). Výskumníci zistili mierny nárast emocionálnej reakcie *hnev* oproti staršej štúdií a významný nárast emocionálnej reakcie *ľútosť* oproti staršej štúdií. Pritom snaha pomôcť blízkemu človeku a ľútosť môže byť často málo účinná, sprevádzaná strachom z príliš ochrany postojov, ako aj z prílišnej snahy pomôcť druhému (Stjernswärd, Östman, 2008). Človek trpiaci depresiou a jeho blízke okolie sa dostávajú do bludného kruhu, okolie sa snaží mierniť depresívne symptómy chorého a zmenšiť svoje pocity viny a svoju bezradnosť tým, že mu poskytuje útechu a podporu, ktorá sa časom môže zmeniť na neúprimnú, za súčasného tlmenia nepríjemných pocitov a hostility voči chorému (Coyne, 1995).

**Sherwood, Salkovskis a Rimes** (2007) zisťovali úlohu presvedčení, postojov a nálady pri rozhodovaní hľadať pomoc v depresii. Na sadu dotazníkov odpovedalo 42 účastníkov s diagnostikovanou depresiou. Vo výskume nás zaujímala hlavne použitá metodológia. Dotazník „Presvedčenia o depresii a postoje k depresii“ s 13 položkami, skonštruovaný autormi v konzultácii s klinickými odborníkmi zahŕňal položky ako: „Hoci kto môže trpieť depresiou“ a „Depresia je reakcia na stres“. Respondenti označili odpovede na 7-bodovej Likertovej škále od „úplne súhlasím“ až po „vôbec nesúhlasím“. Faktorovou analýzou boli položky zredukované na 4 dimenzie: charakterové/ interné faktory, reaktívne/externé faktory, biologické/genetické faktory a presvedčenia o trvaní a liečiteľnosti depresie. 16-položkový dotazník „Osobné presvedčenia o depresii“ obsahoval položky ako: „Hanbím sa z svojej depresie“ a „Je niečo v mojej osobnosti, čo spôsobuje depresiu“. Faktorovou analýzou boli identifikované 4 dimenzie: Negativistický „charakter“, stigmatizujúce faktory, negatívne následky depresie, vonkajšie miesto kontroly. Ďalej nás zaujímal dotazník Závažnosť symptómov, ktorého 8 položiek bolo vytvorených na rozpoznanie, ako závažné musia byť symptómy, aby človek vyhľadal pomoc, a to pomoc u člena rodiny, u blízkeho priateľa, u obvodného lekára, u psychiatra, ďalej išlo o súhlas s medikáciou, hospitalizáciou

a psychoterapiou. Uvedený výskum sa zaoberal situáciami a hranicami, za ktorými sa ľudia odhodlajú hľadať pomoc v depresii. Zisťoval teda zámer alebo úmysel hľadať pomoc a nie samotné hľadanie pomoci.

Pre náš výskum budú dôležité 2 dotazníky z tejto štúdie, z ktorých jeden u depresívnych pacientov zisťoval presvedčenia o depresii a postoje k depresii a druhý osobné presvedčenia o depresii. Nás bude zaujímať pohľad „z druhej strany“ - postoje príbuzných k depresii a tiež ich postoj k samotnému človeku, ktorý trpí depresiou.

### ***Zhrnutie konceptuálneho rámca***

Uvedené kvalitatívne výskumy identifikovali témy, ktoré sa vynárajú v prežívaní ľudí, ktorí žijú v blízkosti depresívneho človeka. Témy sa týkali ťažkostí pri udržiavaní rovnováhy vo vzťahoch s príbuzným aj s okolím, z nutnosti adaptovať sa a prehodnotiť nové životné okolnosti, vzťahovania sa k partnerovi, vzťahovania sa k depresii, zdrojov zvládania, predstavy o riešení a významu skúsenosti so spoložitia. V prvom kroku - kvalitatívnej časti výskumu by sme chceli viac preskúmať témy spojené s ťažkosťami porozumieť depresii, s neschopnosťou porozumieť chovaniu a prežívaniu depresívneho blízkeho človeka a prijatie depresie blízkeho človekom. Tieto témy môžu byť významným spôsobom napojené na postoje, ktoré si človek vytvára o depresii.

Uvedené kvantitatívne výskumy postojov k depresii sa venovali postojom ľudí trpiacich depresiou a postojom verejnosti k depresii. Ako častá emocionálna reakcia verejnosti bola zistená ľútosť a potreba pomôcť. V druhom kroku - kvantitatívnej časti výskumu nás budú zaujímať postoje k depresii a k depresívnemu človeku u ľudí, ktorí žijú v rodine s príbuzným trpiacim depresiou. Ďalej nás bude zaujímať porovnanie zistených postojov s postojmi verejnosti z predošlého výskumu, rozdiely v emocionálnych reakciách a miera stigmatizácie.

### **3. Predpokladaný prínos výskumu**

Výskumom by sme chceli prispieť k lepšiemu pochopeniu vzťahu zdravého človeka k príbuznému s depresiou. Zameranie na príbuzných by mohlo vytvoriť akýsi pomyselný most medzi ľuďmi, ktorí depresiou trpia a verejnosťou, ktorá má o depresii často skreslené informácie. Corrigan a Watson (2002) podľa Angermeyera a Matschingera (2004) vo svojom koncepte stigmy tvrdia, že ľudia, ktorí prijímu kolektívne zdieľané negatívne stereotypy si vytvárajú emocionálne reakcie, ktoré vedú k sociálnej diskriminácii. Zameranie na príbuzných, u ktorých predpokladáme menšiu mieru stigmatizácie by mohlo dať spolu s inými výskumami podnet na vytvorenie osvetového programu na zníženie stigmatizácie depresie.

Získané poznatky by sa dali využiť aj pre poradenstvo a pomoc príbuzným, ktorí v súvislosti so životom s depresívnym blízkym často zažívajú psychologický distress, v dôsledku ktorého sami vyhľadávajú alebo je im doporučená odborná psychologická pomoc (Coyne, 1995).

### **4. Výskumné otázky a hypotézy**

Naša hlavná výskumná otázka sa bude týkať postojov k depresii u ľudí, ktorí žijú blízko depresívneho človeka. Títo ľudia si vytvárajú postoje k depresii cez osobnú skúsenosť ako aj

cez kolektívne zdieľané poznanie v spoločnosti. Vo výskumnej otázke sa pokúsime zahnúť oba aspekty:

### **Aké sú postoje príbuzných, ktorí žijú s blízkym človekom trpiacim depresiou k depresii a k depresívnemu človeku?**

#### ***Kvalitatívna časť***

Okrem hlavnej výskumnej otázky nás zaujíma prežívanie príbuzných, témy, ktoré sa vynárajú v súvislosti so životom s depresívnym blízkym, ako sa príbuzní vyjadrujú o depresii svojho blízkeho a ako ju prežívajú. Kladieme si teda nasledovnú otázku:

#### **Aká je skúsenosť príbuzných s depresívnym blízkym človekom a depresiou?**

V súvislosti s touto otázkou nás bližšie zaujímajú nasledovné témy:

- ťažkosti porozumieť depresii
- neschopnosť porozumieť chovaniu a prežívaniu depresívneho blízkeho človeka
- prijatie depresie
- emocionálne reakcie na situácie, ktoré vznikajú pri interakcii v každodennom spolužití
- vnímanie stavu blízkeho človeka v kontexte objektívnej diagnózy versus jeho osobného problému
- vnímanie seba ako zdravého/depresívneho človeka ako chorého
- pocity hanby a viny spojené so stigmou
- reakcia na stres spojený s každodennou záťažou
- zážitok posilňujúcej skúsenosti, osobného rastu, prehĺbenie a posilnenie vzťahov s chorým príbuzným

#### ***Kvantitatívna časť***

Predpokladáme, že nám kvalitatívne dáta poskytnú dostatočný rámec a odrazový mostík ku kvantitatívnej časti, ktorá bude zameraná na postoje príbuzných k depresii a depresívnemu človeku. Kladieme si nasledovnú otázku:

#### **Ktoré aspekty prevažujú v postojoch príbuzných k depresii a depresívnemu človeku?**

Vzhľadom na to, že výskumné hypotézy vyplynú z výsledkov kvalitatívnej časti štúdie, nebudeme ich v tejto fáze explicitne postulovať.

Vychádzajúc z výskumu Angermeyera a Matschingera (2004), ktorí zistili, že najčastejšia emocionálna reakcia verejnosti na človeka trpiaceho depresiou je ľútosť a túžba pomôcť a najmenej častá reakcia hnev a iritácia, môžeme stanoviť čiastočné predpoklady:

Najčastejšia reakcia príbuzného na blízkeho človeka trpiaceho depresiou je ľútosť a snaha pomôcť a najmenej častá reakcia je hnev a iritácia. Bude nás zaujímať, či sa tento predpoklad potvrdí pre príbuzných, v prípade, že sa táto téma vynorí z kvalitatívnej časti výskumu.

## **5. Design štúdie**

V našom výskume spájame kvalitatívnu aj kvantitatívnu časť do jedného celku, pričom kvalitatívna analýza bude predchádzať kvantitatívnej štúdiu. Pri príprave výskumného designu sme vychádzali z metodológie výskumov uvedených v konceptuálnom rámci a tiež z kníh Straussa a Corbinovej (1999) a Oppenheima (2001). V popise výskumného designu budeme postupovať chronologicky, podľa toho ako výskum plánujeme prevádzať.

Ako prvú prevedieme pilotnú štúdiu ku kvalitatívnej časti. Bude to pilotné interview s jedným až dvoma respondentmi, v ktorom si overíme spôsob, akým chceme viesť interview.

Po pilotnej časti bude nasledovať samotná kvalitatívna štúdia, ktorú budeme prevádzať podľa zakotvenej teórie. Dáta získané v kvalitatívnej časti budeme samostatne analyzovať podľa už uvedenej zakotvenej teórie. Plánujeme kódovanie na všetkých troch úrovniach pre vytvorenie teórie (Strauss, Corbinová, 1999). Kvalitatívne dáta však plánujeme použiť aj ako exploratórne interview slúžiace pre vytvorenie dotazníka na skúmanie postojov (Oppenheim, 2001).

Predpokladáme, že nám kvalitatívne dáta poskytnú dostatočný rámec na tvorbu postojového dotazníka, očakávame, že sa v interview vynoria určité témy, týkajúce sa postojov príbuzných k depresii. Z kvalitatívnych rozhovorov chceme tiež prísť na spôsob, akým sa príbuzní vyjadrujú o depresii svojho blízkeho a v dotazníku použiť tvrdenia, ktoré použili respondenti v rozhovoroch.

Ďalšou fázou nášho výskumu bude druhá pilotná štúdia, v ktorej budeme niekoľkým respondentom administrovať rozpracovaný dotazník, a na základe ich podnetov ho budeme pozmeňovať a vylepšovať. Budeme tu overovať relevantnosť tém, ktoré sa vynorili v kvalitatívnej analýze, čo posluží aj ako čiastočná validizácia kvalitatívnej analýzy. V tejto fáze sa chceme zamerať aj na overenie výstižnosti samotných tvrdení.

Poslednou časťou bude kvantitatívny výskum zameraný na overovanie stanovených hypotéz na základe dát získaných z vytvoreného postojového dotazníka.

## **6. Výskumný súbor**

Výskumný súbor budú tvoriť dospelí príbuzní, partneri a blízki priatelia ľudí trpiacich depresiou, pričom depresia týchto ľudí bola medicínsky diagnostikovaná.

Respondenti budú vybraní zámerne, na základe dostupného výberu, to znamená, že to bude „výber, ktorý má výskumník v rámci svojich možností (dostupnosť prostredia, čas, financie) k dispozícii“ (Gavora, 2006). Túto charakteristiku výberu výskumného súboru následne zohľadníme pri analýze získaných dát.

Respondentov budeme získavať oslovením cez psychiatrické zariadenia, cez podpornú skupinu a tiež inzerátom na internete. Rovnako chceme použiť metódu snehovej gule, a teda získavať ďalších respondentov vďaka kontaktom, ktoré nám dajú respondenti počas interview. Predpokladáme, že týmito spôsobmi získame dostatok respondentov pre kvalitatívne interview ako aj pre následné dotazníkové šetrenie. V prípade, že by sa nám nepodarilo získať dostatočný počet respondentov na dotazníkové šetrenie, budeme hľadať iné spôsoby ich získavania.

## **7. Pilotná štúdia**

Popisu 2 pilotných štúdií sme sa venovali v časti 5. Výskumný design.

## **8. Etické predpoklady**

Očakávame, že každá časť výskumu bude prinášať iné problematické prvky. V kvalitatívnej časti sme sa pokúsili etiku výskumu zabezpečiť aspoň možnosťou výberu pre respondentov, či sa chcú zúčastniť interview skupinového alebo individuálneho. Nevyhnutnosťou v tejto časti je súhlas respondentov s nahrávaním a použitím údajov, ktoré nám poskytnú, vo výskume. Predpokladáme, že rozhovory budú pre respondentov znamenať istú emocionálnu záťaž, ktorú chceme ošetriť debriefingom.

V kvantitatívnej časti neočakávame až takú záťaž na respondentov. Nutné je však zabezpečiť dobrovoľnosť respondentov, uistenie o zamedzení zneužitia poskytnutých údajov a dodržanie pravidiel o ochrane osobných údajov.

## **9. Procedúry pre tvorbu dát**

Pre tvorbu kvalitatívnych dát sme zvolili individuálne hĺbkové interview a skupinové interview. Tieto budú slúžiť aj ako exploratórne interview pre tvorbu dotazníka. (Oppenheim, 2001). Hĺbkové interview sme zvolili, aby sme získali čo najširší a najhlbší obraz o tom, ako respondenti vnímajú depresiu svojho blízkeho, aký je ich vzťah k nemu a tiež ich postoj k depresii ako takej. Skupinové interview (Hendl, 2005) sme zvolili pre jeho časovú efektivitu, kvôli zameraniu na najdôležitejšie témy a tiež pre vynáranie nových tém vďaka skupinovej dynamike. K zvoleným metódam nás inšpiroval výskum Stjernswarda a Ostmana (2008), ktorí vo svojej štúdii použili individuálne rozhovory kombinované s focus groups a nechávali na respondentoch, či sa chcú zúčastniť individuálneho alebo skupinového interview. Rozhovory budú zaznamenávané na diktafón a následne doslovne prepísané.

Pre tvorbu kvantitatívnych dát sme zvolili postojový dotazník, ktorý budeme administrovať v závislosti na spôsobe, ktorým sa nám respondenti prihlásia. Respondentom, ktorí sa prihlásia cez internet ho pošleme e-mailom, ostatným ho budeme administrovať osobne, poprípade poštou.

Samotný dotazník bude obsahovať otázky na demografické charakteristiky respondenta, formu depresie u respondentovho blízkeho (ľahká, stredne ťažká, ťažká) a postojovú časť vytvorenú z tvrdení, ktorým bude priradzovaná hodnota na základe Likertovej škály (Oppenheim, 2001). Formu dotazníka a tiež Likertovu škálu sme zvolili na základe výskumov Angermeyera a Matschingera (2004) a Sherwoodovej, Salkovskisa a Rimesovej (2007), ktoré bol pre nás po metodologickej stránke inšpiráciou pre kvantitatívnu časť nášho výskumu.

## **10. Metódy analýzy dát**

Dáta získané z kvalitatívnych rozhovorov budeme analyzovať podľa zakotvenej teórie na všetkých troch úrovniach kódovania. Najprv prevedieme otvorené kódovanie, kde označíme javy a určíme kategórie, naň nadviažeme axiálnym kódovaním, v ktorom budeme hľadať spojenia medzi kategóriami a nakoniec prevedieme selektívne kódovanie, pri ktorom sa budeme snažiť nájsť centrálnu kategóriu a hľadať vzťahy medzi ňou a ostatnými kategóriami.

Vzhľadom k tomu, že kvantitatívna časť bude postavená na výsledkoch časti kvalitatívnej, ktorú sme ešte neuskutočnili, nie sme vopred schopné určiť, ako budú vyzeráť samotné dáta, ktoré budú vstupovať do analýzy. Kvantitatívne dáta budeme spracovávať faktorovou analýzou, ktorú vo svojom výskume použili aj Angermeyer a Matschinger (2004). Faktorová analýza nám umožní zredukovať dáta a zjednodušiť korelačné vzťahy medzi jednotlivými premennými. Program SPSS nám umožní extrakciu aj následnú rotáciu v prípade, že sa nám podarí identifikovať viac ako jeden faktor (Miller et al., 2002).



## 11. Publikácia

Predpokladáme, že výsledky nášho výskumu budú zaujímavé pre psychologickú obec, najmä pre klinických psychológov a psychoterapeutov, ktorí pracujú s depresívnymi pacientmi a s ich rodinami. Výskumnú správu by sme chceli publikovať v časopise Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika, časopis psychiatrov, psychoterapeutov a psychosomaticky orientovaných odborníkov na Slovensku (<http://www.psychiatria-casopis.sk/psychiatria>).

## 12. Časový plán a rozpočet

Náš výskum plánujeme zrealizovať v priebehu štyroch mesiacov. Pre lepšiu prehľadnosť sme časový plán aj rozpočet previedli do tabuľky.

| <b>Časový plán</b>      |   |
|-------------------------|---|
| 4. – 8. január          | Získavanie prvých respondentov, prevádzanie pilotnej štúdie č. 1. Začiatok vedenia individuálnych hĺbkových rozhovorov.                                       |
| 11. január – 5. február | Pokračovanie individuálnych hĺbkových rozhovorov, vedenie skupinových interview. Prepis a analýza už prevedených rozhovorov. Získavanie ďalších respondentov. |
| 8. – 26. február        | Pokračovanie vo vedení rozhovorov až po dosiahnutie teoretickej nasýtenosti súboru. Písanie výskumnej správy o kvalitatívnej štúdii.                          |
| 1. – 5. marec           | Tvorba dotazníka, prevedenie druhej pilotnej štúdie.  |
| 8. – 26. marec          | Zisťovanie postojov u ostatných respondentov pomocou postojového dotazníka.   |
| 29. marec – 2. apríl    | Zadávanie dát získaných z dotazníka do štatistického programu, štatistické spracovanie dát.   |
| 5. – . apríl            | Diskusia výsledkov, písanie výskumnej správy z kvantitatívnej časti.  |

| <b>Plánovaný rozpočet</b>           |          |
|-------------------------------------|----------|
| Náklady na tlač a poštovné          | 1000 Kč  |
| Náklady na cestovné pre výskumníčky | 4000 Kč  |
| Odmena výskumníčov                  | 20000 Kč |
| Odmena účastníkov výskumu           | 10000 Kč |
| Zakúpenie programu SPSS             | 400 Kč   |
| Zakúpenie diktafónu                 | 2000 Kč  |
| Spolu                               | 37400 Kč |

## 13. Vybavenie

Pre realizáciu nášho výskumného projektu budeme potrebovať počítač s prístupom na internet, prístup k tlačiarňi, diktafón, kancelársky papier na tlač dotazníkov a počítačový program SPSS.

## 17. Mená hodnotiteľov

Za posudzovateľov nášho projektu by sme si vybrali MUDr. Jana Roubala alebo MUDr. Jozefa Hašta, či profesora Antona Heretika.

## 18. Literatúra

- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., (2004). Public attitudes to people with depression: Have there been any changes over the last decade, *Journal of affective disorders*, 83, 177-182
- Coyne, J. C., Calarco, M. (1995). Effects of the experience of depression: Application of focus group and survey methodologies. *Psychiatry*. Vol. 58, Iss. 2; pg. 149.
- Gavora, P. (2006). *Sprievodca metodológiou kvalitatívneho výskumu*. Regent.
- Granek, L. (2006). What's love got to do with it? The relational nature of depressive experiences. *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 46 No. 2, 191-200.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitatívny výskum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.  
<http://www.psychiatria-casopis.sk/psychiatria/>
- Kostínková, J. (2009). *Zkušenost ženy v partnerství s mužem nemocným depresí*, diplomová práca, FSS MU Brno.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize.* (2006). Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Miller, R. L. et al. (2002). *SPSS for Social Scientists*. Basingstoke: Palgrave.
- Nordt, C., Roessler, W., Lauber, Ch. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*, 32, 709-714.
- Oppenheim A.N. (1992). *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*. London: Continuum.
- Sherwood, C., Salkovskis, P.M., Rimes, K.A. (2007). Help-seeking for depression: The role of Beliefs, Attitudes and Moods. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 541–554.
- Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C., (2009) Attitudes that determine willingness to seek psychiatric help for depression: A representative population survey applying the theory of planned behavior. *Psychological medicine*, 39, 1855-1865.
- Schomerus, G., Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Riedel-Heller, S.G. (2008). Public attitudes towards prevention of depression. *Journal of affective disorders*, 106, 257-263.
- Stjernswärd, S., Östman, M. (2008) Whose Life Am I Living? Relatives Living in the Shadow of depression. *International journal of social psychiatry*, 54(4), 358-36.9
- Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitatívneho výskumu*. Boskovice: Albert.
- Roubal, J. (2007). Depression – A Gestalt Theoretical Perspective. *British Gestalt Journal*, 16, 1, 35-43.
- Voorhees, B., Fogel, J., Houston, T.K., Cooper, L.A., Wang, N.Y., Ford, D.E. (2006). Attitudes and illness factors associated with low perceived need for depression

treatment among young adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 746-754.

*Naznačeným postupem se můžete něco dozvědět. Nevím ale, co. Co uvádíte v teoreickém rámci je hodně zkoumané z mnoha perspektiv (část z nich třeba pod hlavičkou kvalita života) kvalitativně i kvantitativně. Ví se toho spoustu a je zde malá šance na to, že náhodou objevíte nějaký nový aspekt, pokud se nezaměříte na nějaký specifický aspekt problematiky. Chvilkově jsem se nadchl, když to vypadalo, že se zaměříte na problémy s porozuměním depresi. Ale pak jste to zase rozšířily. Pokud by to měla být diplomka, řekl bych „je to na vaše riziko, když se nedozvíte nic nového, bude to kontumační F“. Peníze bych na to nedal.*  
*S.J.*