

Univerzita Karlova v Praze  
Filozofická fakulta – Katedra psychologie  
Celetná 20, Praha 1

### Posudek oponenta na rigorózní práci

**Název práce:** Depresivní symptomatika u pacientů trpících syndromem obstrukční spánkové apnoe

**Autorka:** Mgr. Sandra Kolečkářová

**Oponent:** PhDr. Mabel V. Rodríguez M., Ph.D.

Katedra Psychologie, FF UK, Národní ústav duševního zdraví, Klecany

**CÍL PRÁCE:** Zmapování depresivní symptomatologie u pacientů trpících obstrukční spánkovou apnoe.

**PŘÍNOSNOST** tématu, kterým se autorka ve své práci zabývala, spočívá v pohledu komorbidity spánkové apnoe a depresivní symptomatiky.

**PO FORMÁLNÍ STRÁNCE** práce obsahuje 144 stránek včetně seznamu literatury a přílohy. Práce je rozdělená přehledně. Seznam literatury odpovídá práci.

**ABSTRAKT** je prezentován ve dvou jazycích: českém a anglickém jazyce. Anglický překlad je srozumitelný. Po obsahové stránce abstrakt plní svůj účel.

**TEORETICKOU ČÁST** autorka rozdělila do třech velkých tematických částí. Každá část je pak dělená na popisy dané části. Práce je tím přehledná. V teoretické části autorka shrnuje dosavadní poznatky o depresivním onemocnění, obstrukční spánkové apnoe, jejich vztahu a léčbě.

Dotazy:

1. *Jak poruchy cirkadiánního rytmu mohou ovlivnit jak apnoe, tak i depresivní symptomatologii a naopak?*
2. *Jak somatické poruchy, např. astma, mohou ovlivnit průběh apnoe a také depresivní symptomatologii?*
3. *Některé psychologické mechanismy by mohly v této práci být víc rozvíjeny. Např. chybí mi lepší popis léčby pomocí KBT, objasnění role psychomotorického tempa jako vedoucí funkce (i před pozorností) k pozdějšímu zkoumání. Nejsou např. prezentované metaanalýzy, které by poukazovaly na pozdější rozhodnutí preferovat psychomotorické tempo v tomto výzkumu.*

**V EMPIRICKÉ ČÁSTI** je práce dělená podle zvyklosti kvantitativního výzkumu. Cílem výzkumné práce bylo „zmapovat depresivní symptomatiku u pacientů léčících se s OSA“ a zjistit vztahy mezi: mírou denní spavosti a mírou depresivních projevů, vztah mezi tíží onemocnění a rychlostí

psychomotorického tempa, rozdíl mezi skupinami pacientů dle tíže onemocnění s důrazem na depresivní symptomatiku, denní spavost a psychomotorické tempo.

Dotazy:

1. *Ve světové literatuře už najdeme práce zkoumající souvislost mezi OSA a depresivní symptomatikou. Proč se autorka rozhodla tuto souvislost sledovat? Co nového přinesla tato práce?*
2. *Mezi kritérii k vyřazení ze studie autorka uvádí „pacienti se psychiatrickou diagnózou“. Znamená to, že stupeň depresivní anebo úzkostné symptomatologie u výzkumné skupiny nedosahovalo úrovní diagnózy podle ICD-10? Měřila se míra úzkostnosti, která bývá silně propojená k depresivní symptomatologii?*
3. *Autorka zvolila pro měření depresivní symptomatologie BDI-II. Jaký vliv na výsledky mohl mít zvolený nástroj, vlastnosti nástroje, anebo způsob zpracování výsledků? Nebylo by vhodnější inspirovat se prací Aloia et al. 2005 (somatická a kognitivní doména více souvisely s apnoe), kterou autorka cituje a využít konstrukční analýzu? 55 subjektů je asi na takovou analýzu málo, ale možná by stálo za to doplnit výzkumný soubor.*
4. *Rozhodnutí sledovat psychomotorické tempo jako jediný kognitivní markr a pomocí MoCA není mi jasné. Proč se sleduje psychomotorické tempo a ne např. pozornost anebo pracovní paměť, které bývají také přítomné, jak u depresivní symptomatologie, tak i u apnoe? A proč, když už se proto rozhodla, se to sledovalo nepřesným parametrem pro psychomotorické tempo jako je MOCA? Jaké jsou psychometrické vlastnosti MoCA co se aspoň týče měření psychomotorického tempa? Proč se neměřilo psychomotorické tempo přesnějším testem? Resp. dvěma testy, které by potvrzovaly souvislost nebo nesouvislost s dalšími sledovanými parametry?*
5. *Při popisu populace a interpretace výsledků není mi jasné, zda se sledovaly další faktory, které mohou výsledky vysvětlit, např. zda se lišila léčba např. farmakologická, zda se celá skupina léčila pomocí CPAPem, dále se neví, zda jsou takové komorbidity, jako jsou, např. poruchy cirkadiálního rytmu, poruchy učení v anamnéze, ani jak dlouho se pacienti léčí s apnoe či depresí, míra BMI. Mohly tyto rozdíly ovlivnit výsledek? Za mě, jsou to základní úvahy při metodologii a interpretaci výsledků u klinické populace.*
6. *V diskuzi se nedalo moc prostoru reflexi paradoxních výsledků, jako byl reportovaný výsledek o horší psychomotorické tempo u středně těžké OSA v porovnání s těžkou OSA. Např. se nabízí, že tato skupina měla větší rozptyl a celkově výsledky u této skupiny vykazují větší variabilitu. Proč tato variabilita? A proč vůbec takový výsledek pokládat za validní? Autorka nereflektuje, zda zvolený nástroj mohl být metodologická chyba.*

**CELKOVĚ** téma je velice zajímavé, důležité a určitě přínosné. Teoretická část je především z medicínského hlediska dobře popsána. Komorbidita mezi apnoe a depresivní symptomatikou též. Postrádala jsem lepší popis např. KBT léčbou. Ale slabinu v této práci vidím především v její empirické části. Metodologická rozhodnutí mají mezery a diskuze nereflektuje na dostatečné úrovni dosažené výsledky.

Vzhledem k tomu, že práce z formálního hlediska prezentuje jak teoretickou, tak i výzkumnou část, předloženou práci **DOPORUČUJI K OBHAJOBĚ**, ale rozhodnutí o udělení titulu PhDr., s přihlédnutím k podle mě základním metodologickým slabinám ponechám na obhajobu. Podle mého názoru by se autorce mohlo doporučit práci dopracovat.

V Praze, 29. března 2021

**PhDr. Mabel V. Rodríguez M., Ph.D.**