

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SOUVISLOST DUŠEVNÍ GRAMOTNOSTI
SE SPECIFICKÝMI COPINGOVÝMI
STRATEGIEMI VE VYNOŘUJÍCÍ SE
DOSPĚLOSTI

MENTAL HEALTH LITERACY IN RELATION TO SPECIFIC
COPING STRATEGIES IN EMERGING ADULTHOOD



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Aneta Skalová**

Vedoucí práce: **PhDr. Ondřej Skopal, Ph.D.**

Olomouc

2024

„Není nezdravé mít nepříjemné a těžké emoce, ale je nezdravé neumět se s nimi vypořádat.“

– P. Winkler (2021)

Ráda bych tímto poděkovala vedoucímu mé diplomové práce, PhDr. Ondřeji Skopalovi, Ph.D., za jeho pomoc, vstřícnost a podnětné rady při psaní této práce. Dále bych chtěla poděkovat Soni Ondrušové, jedné z tutek studentské metodologické poradny, za pomoc při realizaci praktické části této práce, rady ohledně metodologie a statistického zpracování dat. Velký dík patří také mé rodině a všem mým přátelům, kteří jsou pro mě velkou oporou. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří souhlasili s účastí ve výzkumu, a bez nichž by tato práce nemohla vzniknout.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Souvislost duševní gramotnosti se specifickými copingovými strategiemi ve vnořující se dospělosti“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

OBSAH

OBSAH	4
ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 VYNOŘUJÍCÍ SE DOSPĚLOST	9
1.1 Časové vymezení vývojového období.....	9
1.2 Vývojové změny a úkoly.....	10
1.3 Rizikové faktory a krize vynořující se dospělosti	12
2 GRAMOTNOST V OBLASTI DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ.....	14
2.1 Duševní zdraví.....	14
2.2 Duševní onemocnění	15
2.3 Duševní gramotnost.....	17
2.3.1 Preventivní programy v České republice	19
3 COPINGOVÉ STRATEGIE.....	21
3.1 Stres	21
3.2 Copingové strategie	23
3.2.1 Mechanismy zvládnání stresu – základní pojmy.....	23
3.2.2 Vymezení copingových strategií	25
3.2.3 Copingové strategie v souvislosti s dalšími proměnnými	27
3.2.4 Copingové strategie a duševní gramotnost.....	29
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	32
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE VÝZKUMU	33
5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY	35
5.1 Metody získávání dat.....	35
5.1.1 Strategie zvládnání stresu (SVF 78).....	36
5.1.2 Škála duševní gramotnosti (MHL-S)	39
5.2 Formulace hypotéz ke statistickému zpracování.....	41
6 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	42
6.1 Definování zkoumané populace	42
6.2 Kritéria výběru účastníků výzkumu	43
6.3 Metody výběru účastníků výzkumu	43
6.4 Popis výzkumného souboru.....	44
6.5 Etické hledisko a ochrana soukromí.....	47
7 PRÁCE S DATY A PREZENTACE VÝSLEDKŮ	48
7.1 Metody zpracování a analýzy dat	48
7.2 Prezentace výsledků	48
7.2.1 První výzkumný cíl	49
7.2.2 Druhý výzkumný cíl.....	50

7.2.3	Třetí výzkumný cíl	51
8	DISKUSE	53
9	ZÁVĚR	58
10	SOUHRN	59
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	63
	PŘÍLOHY	76

ÚVOD

Tato diplomová práce se zabývá tématem duševního zdraví a nemoci, a pokouší se zmapovat úroveň tzv. *duševní gramotnosti* mezi mladými lidmi ve vývojovém období tzv. *vynořující se dospělosti*. Klademe si otázku, zda je určitá míra znalostí a dovedností v této oblasti spojena s využíváním konkrétních *copingových strategií*. Duševní gramotnost (jakožto jeden z důležitých protektivních faktorů v prevenci vzniku duševních onemocnění) je v české společnosti stále poměrně nedostatečná (Kézrová, 2021). Duševní gramotnost (v angličtině *mental health literacy*) je jednoduše soubor kompetencí a informovanosti ve sféře psychického zdraví a nemoci, psychohygieny, první pomoci, efektivní komunikaci a mnoho dalšího. V oblasti vědeckého zkoumání je to poměrně nový pojem, a ani v praxi mu u nás bohužel není zatím věnováno tolik pozornosti, jako by si zasloužil (Kutcher et al., 2016). Tím je myšlena především absence systémově zavedeného, plošného preventivního programu, který by cílil jak na děti a adolescenty, ale například by mohl běžně fungovat i na pracovištích (Kézrová, 2021).

Podíváme-li se blíže na data, vycházející z výzkumů v oblasti stavu psychického zdraví občanů České republiky, dovede nás to pravděpodobně k zamyšlení. Zejména nedávno uveřejněné výsledky Národního monitoringu duševního stavu dětí jsou alarmující (MUDr. Matěj Kučera, osobní sdělení, 10. ledna 2024). V českém systému odborné péče o duševní zdraví dětí zaznamenáváme chronický nedostatek dětských klinických psychologů a dětských psychiatrů. Pokud se dítě k odborníkovi vůbec dostane, čekací doba bývá zpravidla v řádu měsíců (Synčák, 2023; Kroc & Stuláková, 2023). Školní psycholog, který je k dispozici žákům celé školy, mnohdy tzv. „hasí požár,“ často není možné věnovat tolik času a pozornosti primární prevenci v této oblasti. Dalším problémem je však i samotný nedostatek školních psychologů a speciálních pedagogů na školách (Saadouni, 2012; Mačí, 2022). Krizová centra zaznamenávají každoročně stále více hovorů a zpráv týkající se psychických potíží (MUDr. Matěj Kučera, osobní sdělení, 10. ledna 2024). Sama pracuji na jedné takové lince, a právě odtud pramení má motivace psát diplomovou práci zaměřenou na toto téma. Množství emailů od dětí a mladistvých, kteří neví, na koho se obrátit, mě často nutí přemýšlet nad jejich životní situací. Přemýšlím nad tím, jak co nejlépe ve své odpovědi dotyčného vybavit alespoň těmi základními prvky psychohygieny a zdravých forem zvládnutí stresu. Duševní gramotnost by totiž do budoucna dítěti mohla sloužit jako taková výbava v boji proti rizikovým a patogenním vlivům bouřlivé adolescence, a třeba i usnadnit

stresující situace a výzvy při vstupu do dospělosti (Kutcher et al., 2016). Existující zahraniční výzkumy vyzdvihují souvislost mezi duševní gramotností a volbou konkrétních strategií zvládnání zátěže (Woloshyn & Savage, 2018; Carvalho & Dias, 2021; Ayiro, 2023; Song, et al. 2023). Copingové strategie byly zkoumány i ve vztahu k množství dalších konceptů a chování, které s duševní gramotností také úzce souvisí. V českém prostředí nebylo provedeno mnoho takových studií, které by se touto souvislostí hlouběji zabývaly. My se v této práci pokusíme zmapovat copingové strategie ve vynořující se dospělosti (což je specifické vývojové období mezi adolescencí a ranou dospělostí), neboť se podobně jako celá osobnost člověka v tomto věku tyto strategie ustalují a stabilizují (Blatný, 2017). Zajímá nás otázka, zda se na volbě copingových strategií v tomto vývojovém stadiu podepisuje míra povědomí v oblasti duševního zdraví a nemoci. Tyto strategie mohou být různě účinné, příznivé či nepříznivé pro naše zdraví. Člověk s pozitivními copingovými strategiemi dokáže lépe odbourávat stres. A chronický stres je jednou z častých příčin, nebo podílejícím se činitelem na rozvoji nemoci duše (Lazarus & Lazarus, 2004; Kézrová, 2021).

Touto prací bych chtěla při nejmenším přispět k diskusi ohledně důležitosti primární prevence v rámci duševního zdraví. Naše západní společnost je v oblasti zdraví hodně zaměřená na řešení symptomů a léčbu. V oblasti primární prevence sice výsledky nevidíme ihned, avšak z dlouhodobého hlediska se dle mého názoru vyplatí investovat do zdravější budoucnosti.

Teoretická část této práce je členěna na tři, respektive čtyři hlavní oblasti. První kapitolu věnujeme období pozdní adolescence, vstupu dospělosti a specifickým nárokům a potížím vynořující se dospělosti. Druhá kapitola pojednává o pojetí duševního zdraví a nemoci, psychohygieně a konečně duševní gramotnosti a preventivním programům v České republice. Následně se věnujeme problematice stresu a copingových strategií, přičemž právě duševní gramotnost může fungovat jako odrazový můstek k osvojení si zdravějších copingových strategií. Tyto a další souvislosti s copingem a vzdělaností v oblasti duševního zdraví shrneme v poslední kapitole teoretické části, která poslouží jako výchozí bod pro část praktickou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYNOŘUJÍCÍ SE DOSPĚLOST

Adolescence je jednou z velmi významných životních etap vývoje člověka. Obecně dochází k mnoha prudkým životním změnám, hledáním sebe sama a svého místa ve světě. Mladistvý už je schopen hlubšího sebeuvědomění, intenzivnějšího prožívání, uvažování nad svými potřebami, touhami a cíli. V určitém smyslu se jedná rovněž o velmi citlivé období, čas experimentů související i s výskytem možných rizik.

Ačkoliv se jedná o jedno období, mnoho autorů na něj pohlíží odlišně a definuje adolescenci různými způsoby. Součástí adolescence (přesněji jako pomyslný most mezi adolescencí a mladou dospělostí) je také tzv. **vynořující se dospělost**, která nás v této práci bude dále zajímat.

V této kapitole tedy charakterizujeme a vymezíme období adolescence s důrazem na pozdní adolescenci, která se prolíná s vynořující se dospělostí. Pokusíme se charakterizovat základní pilíře, zaměříme se na jednotlivé složky vývoje v této životní etapě a popíšeme nejdůležitější vývojové změny a úkoly.

1.1 Časové vymezení vývojového období

Mnozí autoři (Langmeier & Krejčířová, 2006; Blatný, 2017; Macek, 2003) hovoří obecně o období dospívání jako o věku, který začíná po tělesné stránce prvními znaky pohlavního dozrávání a akcelerací tělesného růstu. Na konci tohoto období dospívající jedinec vstupuje do dospělosti po dovršení plné pohlavní zralosti a reprodukční schopnosti. Z právního hlediska je člověk dospělý při dosažení zletilosti v 18 letech věku. Psychosociální vymezení dospělosti je již obtížnější určit, neboť je velmi individuální. Tyto procesy popíšeme v následující kapitole.

Časové ohraničení **dospívání** bývá uváděno přibližně **od 11 do 22 let věku**. Evropská psychologie jej dále dělí na pubescenci a adolescenci (Macek, 2003). Období **mezi 11. a 15. rokem** označujeme jako **pubescenci** (rozlišujeme dále fázi **prepuberty a puberty**). Zhruba **od 15 do 22 let** následuje období **adolescenci** (Langmeier & Krejčířová, 2006). Vedle toho americká psychologie chápe adolescenci jednoduše jako celé období mezi dětstvím a dospělostí (Macek, 2003). Sobotková (2014) člení adolescenci na časnou (do 14 let), střední (do 17 let) a pozdní (přibližně do 22 let, přecházející v dospělost).

S rychlými společenskými změnami nároky na zletilé mladé lidi neustále stoupají. Dospívání se tím tedy rozšiřuje oběma směry – zkracuje se období dětství a oddaluje se

nástup plné dospělosti. Tím není myšleno pouze formální dosažení zletilosti, ale zvládnutí všech vývojových úkolů a naplnění potřeb k tomu, aby se jedinec zařadil mezi dospělé (Langmeier & Krejčířová, 2006). Toto období, kdy se jedinec již necítí být dítětem, ale ještě nevstoupil do plné dospělosti, je nazýváno **vynořující se dospělost** (angl. *emerging adulthood*) (Arnett, 2002). V západních kulturách se toto **psychosociální moratorium** prodlužuje přibližně do věku 25 let. Samozřejmě tohle „oddalování dospělosti“ je dáno mnoha faktory a liší se i transkulturně (Erikson, 1996).

V této práci se budeme opírat částečně o periodizaci vývoje Langmeiera a Krejčířové, zaměříme se však na období pozdní adolescence dle Sobotkové (18-22 let) s přihlédnutím k Eriksonovu (1996) poznatku o oddalující se dospělosti přibližně do 25 let. Jak jsme již uvedli, tohle období se individuálně prolíná s *emerging adulthood*. V dalších kapitolách tedy budeme hovořit o věkové skupině 18-25 let a charakterizujeme specifika této nejranější dospělosti.

1.2 Vývojové změny a úkoly

Jak jsme již zmínili, velmi významnými a navenek viditelnými změnami v období dospívání, jsou právě **změny biologické**, které nastartují změny psychické, jež zpětně působí na organismus (Blatný, 2017; Langmeier & Krejčířová, 2006). Pokud se však podíváme na období pozdní adolescence, biologie již nehraje tak velkou roli. „*Důležité pro toto období jsou zejména kritéria psychologická (dosažení osobní autonomie), případně sociologická (role dospělého) a pedagogická (ukončení vzdělávání a získání profesní kvalifikace)*“ (Macek, 2003, 9).

Předcházející období prepuberty a puberty se vyznačuje velkou nestabilitou, nevyrovnaností, citlivostí a konfliktností (Příhoda, 1983). Typické je zejména kolísání emocí a nálad, nepředvídatelné reakce a proměnlivost názorů a postojů. Nestabilita souvisí rovněž s hledáním vlastní identity. Teenager si hledá své postavení ve třídě, v partě kamarádů, dochází k vymezování se vůči autoritám a zejména vůči vlastním rodičům (Langmeier & Krejčířová, 2006). Díky skupinové identitě a nalezení vlastního místa ve skupině si jedinec vytváří identitu vlastní (Sobotková, 2014). Erikson (1968) popisuje dospívání jako hledání rovnováhy mezi biologicky podmíněnými změnami a vlivy sociálního prostředí. Přičemž hlavním vývojovým cílem je zmíněné nalezení vlastní identity. Hall (1904) dospívání ve své teorii označuje jako *období bouří a krizí*. Emoční

labilita má vliv i na kognitivní funkce – může být narušena pozornost či zhoršené učení a kolísavá pracovní výkonnost (Macek, 2003).

Člověk v pozdní adolescenci je již stabilnějším. Jeho emoce již nejsou tak bouřlivé a proměnlivé, je schopen větší sebekontroly. Důležité změny se týkají především v oblasti psychické a vztahové. Jedinec sice formálně vstoupil do světa dospělých, ale po stránce psychosociální, akademické či profesní se stále hledá. Adolescentovi oproti dospělým chybí potřebné životní zkušenosti. Proto je období adolescence (obecně) časem **experimentů a objevování** (Gillernová, 2000). Osvojuje si nové sociální role a kompetence, které jsou pro dospělost klíčové. Dochází ke **konsolidaci identity a celkové stabilizaci osobnosti** (Blatný, 2017). Mladý člověk se odpojuje, vymezuje a osamostatňuje od svých rodičů, ale vzájemné vztahy se oproti pubescenci zklidňují. V adolescenci a mladé dospělosti lidé vyhledávají spíše intimnější a pevnější přátelství a zejména partnerství (Vágnerová, 2005). Co se týče neurofyzologie, v období adolescence **dozrává prefrontální kůra** (a obecně se zdokonalují funkce mozkové kůry) díky čemuž dochází ke zmíněnému vývoji kognitivních a exekutivních funkcí, k emočnímu a morálnímu vývoji. Člověk se na pomezí adolescence a mladé dospělosti dostává na vrchol svých mentálních schopností (Koukolík, 2002; Langmeier & Krejčířová, 2006).

Vágnerová (2007) charakterizuje **dosažení dospělosti z psychosociálního hlediska** jako nalezení vlastní relativně stabilní identity. Dospělý jedinec je autonomní, činí svobodná rozhodnutí a přijímá za ně zodpovědnost. Dokáže odhadnout vlastní schopnosti a je si vědom svých předností. Je spojeno s vyšší sebejistotou, odolností vůči zátěži, sebeovládání a seberegulace. Dalšími tématy dospělosti jsou dosažení plné ekonomické nezávislosti na rodičích, partnerství (případně manželství a rodičovství) a dosažení uspokojení a seberealizace v pracovní sféře.

Vynořující se dospělost je obdobím, které doprovází přechod mezi adolescencí a dospělostí. Jedinci v tomto období mají vyšší míru svobody a autonomie, ale jsou stále spjati se svou nukleární rodinou a často jsou ekonomicky závislí na svých rodičích (například z důvodu vysokoškolského studia). Zletilý člověk stále nedosáhl všech určujících prvků dospělosti zmíněných výše (Arnett, 2002; Macek, 2003).

Thorová (2015) hovoří o tzv. **nezralé dospělosti**, kdy jedinec odkládá dospělost, mateřství a manželství do vyššího věku. Tento fenomén je spojen například s větším množstvím příležitostí, které se mladým lidem v dnešní době nabízejí (cestování, učení se jazykům a podobně). Je ale diskutabilní, zda dosažení všech těchto zmíněných životních milníků můžeme objektivně považovat za dosažení zralosti.

1.3 Rizikové faktory a krize vynořující se dospělosti

Období dospívání je charakteristické mimo jiné výskytem rizikového a problémového chování, které může poškozovat zdraví jedince, či jeho okolí. Souvisí to do jisté míry s osobností člověka, vlivy okolí, se socializačními vlivy a s dalšími demografickými a jinými charakteristikami sociální struktury. Často jde však zkrátka o experimentaci, hledání vlastní identity a získávání nových zkušeností (Macek, 2003).

Jak bylo zmíněno, pozdní adolescence již není tak bouřlivým obdobím, vše uvnitř člověka se spíše uklidňuje a ustaluje. Přesto jde o velmi citlivou a kritickou životní etapu. Biologicky je jedinec dospělý, avšak vlivem mnoha psychosociálních změn a nových výzev může mladý člověk narážet na specifické potíže. Právě v adolescenci je prevalence duševních onemocnění mnohem vyšší než v dětství (Barker, 2007).

V období vynořující se dospělosti se optimistické a idealistické plány mladého člověka setkávají s životní realitou a přicházejí první zklamání. Hovoříme o **krizi čtvrtstoletí, čtvrtživotní či postgraduální krizi**. Jedinec je nucen činit samostatná rozhodnutí a nést zodpovědnost za své činy. Chce být samostatný, ale schází mu zkušenosti. Má vyšší potřebu intimnějších vztahů, zároveň může být se svými stávajícími mezilidskými vztahy nespokojený, nebo frustrovaný svým neuspokojivým sexuálním životem. Také vztahy s rodiči nemusí být ještě zcela ustáleny. To může souviset také s tím, že mladý člověk stále cítí vliv rodičů a závislost na nich. Stále nenalezl vlastní identitu. Přítomná může být i úzkost z nových pracovních povinností či strach z neschopnosti plného finančního zabezpečení sebe sama. Přichází stesky a nostalgie, vzpomínky po bezstarostném dětství. To vše může být spojeno se zvýšeným stresem, frustrací, úzkostí či depresí. Člověku dochází, že svět není černobílý, zažívá chaos a velkou nejistotu. Může cítit pochybnosti ohledně vlastních schopností, o ohledně toho, kdo vlastně je a kam v životě směřuje (Robbins & Wilner, 2001).

Specifiky této životní etapy se postupně začali zabývat i odborníci. Robinson, Smith a Wright (2013) vytvořili **model krize mladé dospělosti**. Ve stručnosti charakterizujeme pět fází této krize:

1. **fáze uzamčení** (*locked-in phase*) – Člověk se nachází v situaci, vůči níž má nějaký závazek, ale není slučitelná s jeho hodnotami a osobností, a není schopen se z ní vymanit (např. neuspokojivý vztah či nedostatek naplnění v práci). To vede k pocitům bezmocnosti a tenze. Současně může mít dotýčný pocit, že jeho identita a dosavadní životní cesta byly formovány tak, aby uspokojily očekávání

ostatních či naplňovaly sociální role. Schází autenticita. Zde se může vyskytnout některá z forem rizikového sebepoškozujícího chování jako forma zvládnání tenze, například konzumace alkoholu či jiných drog.

2. **fáze odloučení** (*separation phase*) – Tato fáze nastává, když se člověk začne separovat od závazků, které určovaly fázi uzamčení. To vede k afektivnímu uvolnění. Jedinec může prožívat spoustu protichůdných emocí, a i jeho sebepojetí je velmi kolísavé. Člověk ztrácí původní identitu, ale ještě nenalezl novou. Je to období tzv. „*vakua identity*.“
3. **fáze oddechu** (*time-out phase*) – Součástí této fáze může být fyzické odloučení – například cestování, přestěhování se na nové místo, změna prostředí. Jedinec se tak vyrovnává s negativními emocemi, získává náhled na situaci. Typické je vyhýbání se novým závazkům.
4. **fáze zkoumání** (*exploration phase*) – Zde člověk prozkoumává a zkouší nové cesty, jak vytvořit strukturu života, která bude v souladu s jeho potřebami. Experimentuje s novými rolemi, kariérou nebo sexualitou. Vlastní *já* je stále otázkou, nikoli odpovědí.
5. **fáze přestavby identity** (*rebuilding phase*) – Jedinec si definuje vlastní plány v souladu se svými hodnotami a začíná si budovat život podle svých vlastních představ. Tato fáze je mnohem více řízena vnitřní motivací a dochází k získání pocitu autenticity, smysluplnosti a kontroly nad vlastním životem.

Tyto fáze se shodují s Arnettovým pojetím vynořující se dospělosti, i když toto období nenazval přímo krizí. Arnett (2002) hovoří o zvýšené míře stresu v tomto období. Intenzita prožívané krize je však individuální a je ovlivněna mnoha faktory, jako je osobnost daného jedince, jeho socioekonomické zázemí či společenské normy. Zároveň se pojetí dospělosti v dnešní době rozvolňuje a mladý člověk má tak v mnoha ohledech možnost volby. To může úzkost prohlubovat a psychosociální moratorium prodlužovat (Arnett, 2004). Dalšími rizikovými faktory jsou požadavky a trendy moderní doby, globalizace či digitální svět a vliv sociálních sítí (Côté & Bynner, 2008).

Tato tranzitorní krize rané dospělosti nutí člověka vyhledávat nové způsoby řešení a efektivní **copingové strategie**. Pokud člověk novou situaci zvládne a krizi se mu povede zdárně překonat, může to být zdrojem nové sebedůvěry, sebejistoty, resilience apod. Pokud však tíha krize působí dlouhodobě, a není možné ji úspěšně překonat, může se podílet na vzniku psychického onemocnění (Špatenková, 2004).

2 GRAMOTNOST V OBLASTI DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

V předchozí kapitole jsme se zabývali především krizí, patologickým rozvojem a rizikovými faktory v pozdní adolescenci a rané dospělosti. Chtěli bychom tedy nyní přenést pozornost k duševnímu zdraví, jeho definování a vymezení proti duševní nemoci. Zároveň se zaměřit na význam duševního zdraví pro období vynořující se dospělosti. Jednou z mnoha příčin rozvoje duševního onemocnění může být právě nedostatek informací a nerozpoznání příznaků nemoci včas. Je proto klíčové zvyšování povědomí veřejnosti o duševním zdraví a duševních onemocněních a o možnostech dostupné odborné pomoci. Tato kapitola si proto klade za cíl stručně charakterizovat základní pojmy v souvislosti s duševním zdravím a popsat některé protektivní a škodlivé faktory, které mohou hrát roli v prevenci duševních chorob. Důležitou součástí jsou specifické strategie zvládání stresu, které však představíme později v kapitole následující.

2.1 Duševní zdraví

Duševní zdraví není zcela jednoduché definovat. Mnoho autorů jej charakterizuje vždy poněkud odlišným způsobem (Křivohlavý, 2001; Kaplan, et al., 1993; Marks, 2012; Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Galderisi, et al., 2015). Věda se snaží duševní zdraví kvantifikovat, zároveň se však zaměřit i na jeho kvalitativní aspekty. I historicky se pohled na celkové zdraví člověka pochopitelně vyvíjel. Podle tradičního pojetí světové zdravotnické organizace jde o stav tělesné, psychické a sociální pohody, kdy je jedinec schopen zvládat stres, přispívat do společnosti, pracovat produktivně. Nejde tedy o pouhou nepřítomnost duševní poruchy, což by mohlo být v praxi velmi limitující (WHO, 2022). Na druhou stranu se zdá tato definice poněkud přísná. Kolik lidí o sobě v dnešní době může s jistotou prohlásit, že se cítí současně v tělesné, psychické i sociální pohodě?

Ředitel Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ), Petr Winkler hovoří o dvou pomyslných osách duševního zdraví. Jedna osa představuje zmíněnou **přítomnost či nepřítomnost duševního onemocnění**, které bylo dotyčnému diagnostikováno odborníkem na základě psychodiagnostického manuálu (Kézrová, 2021). V Evropě jde o **Mezinárodní klasifikaci nemocí**, aktuálně jedenácté revize. Druhá osa se týká tzv. **well-beingu**, tzn. subjektivní životní pohoda, přesněji „*kognitivní a emocionální vyhodnocení vlastního*

života“ (Diener, Lucas, Oishi, 2002,187). Abychom mohli hovořit o duševním zdraví, měli bychom naplnit obě tyto domény (Kézrová, 2021).

Vyplývá z toho mimo jiné to, že **subjektivní duševní zdraví** (jak jej vnímá a prožívá daná osoba) a **objektivní duševní zdraví** (jak zdraví jedince vnímá a prožívá jeho okolí či odborník) spolu nemusí vždy korespondovat. Člověk, který se subjektivně cítí velmi špatně, může být vnímán okolím jako zcela zdravý, a naopak (Orel, 2020).

Zároveň je potřebné podotknout, že když mluvíme o zdraví (jak fyzickém, tak i psychickém), nereferujeme o stavu, ale spíše o **dynamickém procesu**. Neznamená to tedy, že zdraví buď máme nebo nemáme – v každém momentu můžeme udělat něco proto, abychom se na této **škále** posunuli více směrem ke zdraví, nebo k nemoci (Brannon, et al., 2013; Egger, 2013; Iasiello et al., 2020). I člověk, jež má diagnostikovanou psychiatrickou diagnózu může v rámci možností vést spokojený život, pokud dodržuje kroky správné **psychohygieny** s přihlédnutím k jeho individuálním potřebám, a využívá potřebné podpůrné služby a dodržuje léčbu (například psychoterapie, psychofarmaka apod.) (Kézrová, 2021).

Duševní zdraví je součástí celkového zdraví člověka. **Holistický přístup** představuje tzv. **bio-psycho-socio-spirituální model zdraví**. Pokud se tedy projeví nepohoda či nějaký problém v jedné oblasti, projeví se i u ostatních částí celku a naopak (Jochmanová, et al., 2022). Proto psychohygiena neznamená „pouze“ působení na psychiku čistě psychologickými prostředky. **Protektivních faktorů** existuje nespočet. Těmito tématy se hluboce věnuje tzv. **pozitivní psychologie** (Seligman, 2003).

2.2 Duševní onemocnění

Jak jsme již naznačili, někdy existuje tenká hranice mezi duševní nepohodou a duševním onemocněním, neboť duševní zdraví je proměnlivý proces. Jedná se však o dva odlišné pojmy. **Duševní nepohodu** občas zažívá každý z nás. Jde o dočasný stav, který vznikl například vlivem stresu, zátěže či únavy. Svépomocí se však dovedeme opět dostat zpět do duševní pohody. **Duševní onemocnění** je vymezeno zejména z hlediska doby trvání a závažnosti dopadu na jedince. Jde o stav, který může být **chronický** a vyžaduje **specializovanou léčbu** (Kézrová, 2021). Americká psychiatrická asociace (2018) definuje duševní onemocnění jako zdravotní problémy, které zahrnují změny v emocích, myšlení nebo chování (případně jejich kombinaci). Duševní onemocnění jsou spojena se stresem a/nebo problémy s fungováním v sociálních, pracovních či rodinných aktivitách.

Jak se však u konkrétního člověka duševní onemocnění rozvine? Odpověď opět není jednoznačná. Příčin a faktorů, které hrají roli je nespočet. Tyto faktory se mohou vzájemně kombinovat a interagovat navzájem, a tím zesilovat nebo zeslabovat svůj vliv. Když zůstaneme u holistického pojetí zdraví, můžeme tyto **faktory** zjednodušeně rozdělit na **biologické, psychosociální a transcendentální**. Hrají roli jak **faktory endogenní**, tak i **exogenní**. Na úrovni těla hledáme nejčastěji příčinu v nervovém, hormonálním a imunitním systému jedince. Mezi biologické vlivy patří, mimo jiné, z velké části dědičnost a geneticky podmíněná predispozice ke vzniku určitého duševního onemocnění, a příčiny působící během nitroděložního vývoje. Nesmíme však zapomínat, že jde vždy o kombinaci s vlivy prostředí, výchovy a rodinných konstelací, sociálních vztahů, životními událostmi atd. Současně velmi záleží na míře individuální **vulnerability** a **resilience** člověka. Velmi důležitým faktorem, který hraje roli při vzniku duševní nepohody i rozvoji patologie je **stres a jeho působení** (Orel, 2020). Tuto oblast však přiblížíme více v další části této práce.

V předešlé kapitole jsme se pokusili charakterizovat rizikové faktory působící v pozdní adolescenci a vynořující se dospělosti. Co se týče specifických duševních onemocnění, Světová Zdravotnická Organizace (2002; 2015) uvádí, že celosvětově **50 % duševních onemocnění se projeví již před 14. rokem věku a 75 % do věku 24 let**. Přičemž mezidobí od prvních příznaků po jejich léčbu bývá průměrně 6-8 let (Wang et al. 2007). V České republice narůstá množství mladých lidí, kteří jsou ochromeni duševním onemocněním natolik, že pobírají invalidní důchod. Za rok 2023 jich bylo až třináct set, a to pouze do věku 19 let. Nejčastěji se jedná o **úzkostné poruchy a hluboké deprese** (ČT24, 2024). Může se jednat o neřešené potíže, které vznikly již v dětství. Nebo poruchy, které mají v dětství své prvopočátky, avšak manifestovaly se až v pozdním věku. Některá duševní onemocnění se objeví až v adolescenci a rané dospělosti, neboť rizikové chování charakteristické pro tento věk se může stát spouštěčem pro patologický rozvoj (Barker, 2007).

Jak už bylo řečeno, důvodů a příčin vzniku duševních onemocnění je nespočet a vzájemně se propojují, ovlivňují a podmiňují. Není předmětem této diplomové práce poskytnout jejich vyčerpávající výčet. Pouze na ně chceme upozornit, a připomenout fakt, že velmi častými důvody vzniku závažné psychiatrické diagnózy je, mimo jiné, **nerozpoznání počátečních příznaků, nevyhledání včasné intervence, či samotná nepřítomnost včasné péče** (ČT24, 2024; Wang et al. 2007).

2.3 Duševní gramotnost

Když člověk trpí fyzickou nemocí či hendikepou, často je poměrně zřetelně viditelná pro jeho okolí. Pokud někdo utrpí tělesné zranění (například zlomenina nohy), je reakce okolí jasná a postup léčby v mnoha případech standardizovaný. Duševní onemocnění často nejsou tak viditelná, a zpravidla jsou spojena se **stigmatizací** a mnohými předsudky a postoji veřejnosti, což může velmi znesnadnit (včasné) hledání pomoci a přijetí vhodné léčby. Lidé s psychiatrickou diagnózou uvádí, že reakce okolí je věcí, z níž mají největší strach. V některých případech je tento faktor negativně ovlivňuje i více než samotné onemocnění (Kézrová, 2021). Je zde velká potřeba vytvořit pomyslný most mezi psychiatrickými pacienty a společností. Mezi duševním zdravím a duševní nemocí. Ten by měl tvořit celý arzenál vědomostí, dovedností v oblasti duševního zdraví, a efektivní komunikace mezi jednotlivci. Tento poměrně nový koncept v péči o zdraví se nazývá **duševní gramotnost** (nebo také mentální zdravotní gramotnost, z anglického *mental health literacy* – MHL) a vychází z konstruktů zdravotní gramotnosti (*health literacy*) (Kutcher et al., 2016).

Podle výzkumů Národního Ústavu Duševního zdraví měl s duševním onemocněním zkušenost v průměru každý pátý občan České republiky (ČT24, 2024), po pandemii Covid-19 to byl průměrně každý 3. dospělý (NÚDZ, 2021), přičemž více než polovina se neléčí. Buď se léčit nechce, nebo se k této pomoci z nějakého důvodu nedostane. Nejvyšší procento neléčených duševních obtíží jsou poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, kdy se jedná o více než 90 %. P. Winkler podotýká, že při pohledu na každoroční statistická data zdravotnické i ekonomické zátěže způsobené všemi onemocněními dohromady za rok, uvidíme psychiatrické diagnózy čím dál častěji umístěny na předních příčkách. Zejména deprese, demence a psychózy (Kézrová, 2021). Jak jsme již zmínili, u mladých dospělých a adolescentů jsou nejčastější **úzkostné poruchy a depresivní porucha**, které mohou vést k dalším potížím (ČT24, 2024). Přesto však v České republice neexistuje plošná výuka duševní gramotnosti jako základní prvek vyučování. Stejně tak je ve společnosti absence podobných školení na pracovištích (Kézrová, 2021).

Zájem o šíření povědomí o duševním zdraví, zde byl již v minulosti, ale šlo spíše o gramotnost v oblasti duševních onemocnění, a zaměřovala se na negativní aspekty duševního zdraví a prevenci (Wu et al., 2021). Původní definice duševní gramotnosti (MHL) Jorma, et al. (1997) obsahovala těchto **sedm dovedností**:

- 1- Schopnost rozpoznat a vhodně pojmenovat duševní poruchy.

- 2- Schopnost získávat validní informace o duševním zdraví.
- 3- Znalost rizikových faktorů souvisejících s duševním zdravím.
- 4- Porozumění původu duševních poruch.
- 5- Seznámení se se způsoby samoléčby.
- 6- Informace o dostupných formách odborné pomoci.
- 7- Schopnost adekvátně jednat při hledání pomoci

Pozdější definice byla ovlivněna salutogenním přístupem k duševnímu zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO, 2005). Zároveň k tomu přispěl již zmíněný model duševního zdraví jako kontinua či škály (nikoliv pouze dva protikladné póly) (Iasiello et al., 2020). Kutcher et al. (2016) rozšířili tuto definici o znalosti týkající se toho, jak si udržovat a podporovat dobré duševní zdraví. Další složkou je povědomí o nejrůznějších možnostech odborné pomoci v případě krize či výskytu psychických potíží.

Zjednodušeně tedy hovoříme o čtyřech hlavních komponentách duševní gramotnosti (MHL): **pochopení principů duševního zdraví, porozumění duševním chorobám a jejich léčbě, destigmatizace a zvýšení efektivity ve vyhledávání pomoci a podpory** (Spike & Hammer, 2019). To znamená tedy vědět, kdy a kde získat kvalitní péči o duševní zdraví, a mít kompetence ke zlepšení péče o sebe sama (Kutcher et al., 2016). Duševní gramotnost by měla být klíčovou kompetencí, která člověka zplnomocňuje, aby se aktivně podílel na péči o své duševní zdraví (Jorm et al., 1997; Kutcher et al., 2016).

To v běžném životě znamená, že člověk získává schopnost lépe pochopit, zpracovávat a ovládat své emoce, myšlenky a chování (Jung, et al. 2017). Ředitel NÚDZ, Petr Winkler hovoří o jakémsi začarovaném kruhu způsobený tímto nedostatkem znalostí a dovedností v oblasti duševního zdraví. Nemocní lidé mají strach hovořit o potížích se svým okolím, jež má strach o ně, ale z nedostatku kompetencí mnohdy neposkytne adekvátní oporu. MHL by se měla rovněž projevit právě ve zlepšení komunikace ohledně prožívané duševní nepohody a konkrétních potřeb psychiatrických pacientů. Měla by přispět k přesvědčení, že i když se jedinec necítí v pořádku, je to v pořádku (Kézrová, 2021). Studie prokázaly korelaci mezi mírou duševní gramotnosti a ochotou říct si o pomoc, či ji vyhledat (Givens, et al., 2007; Gonzalez, et al., 2011; Jang, et al., 2011; Jung, et al., 2017). Rovněž byl zjištěn rozdíl v míře duševní gramotnosti mezi muži a ženami. Ženy obvykle vykazují vyšší míru duševní gramotnosti než muži. To autoři výzkumů zdůvodňují nejčastěji tím, že ženy jsou považovány za více citlivé, empatické, společenštější než muži, a zároveň jsou

náchylnější k různým duševním onemocněním (Holzinger, et al., 2011; Cotton, et al., 2006; Lee, et al., 2020; Furnham, et al., 2014).

2.3.1 Preventivní programy v České republice

Rozhodně je velmi důležité, aby každý člověk začínal u sebe a pracoval sám na svém duševním zdraví. Součástí MHL by pak byla např. znalost toho, kde může jednotlivec vyhledávat relevantní a vědecky podložené informace o duševním zdraví. Nicméně pokud člověk trpí závažným duševním onemocněním a má pocit, že si sám pomoci nedovede, je na místě včasná a správná intervence. Do tohoto procesu je zapojeno i okolí jedince – rodina, kamarádi, spolužáci, učitelé, trenéři atd., a jejich postoje k duševním potížím. Jejich chování k nemocnému, předsudky a představy. Jak bylo již zmíněno, tento faktor představuje jednu z překážek při vyhledání odborné pomoci (Kézrová, 2021). Z toho důvodu je nutné, aby budování MHL probíhalo plošně, napříč celou společností (Oberle et al., 2014).

Vzdělávání v oblasti duševního zdraví a podobné preventivní programy mají význam již od útlého věku základní školy. Děti si tak postupně mohou osvojit mnohé užitečné dovednosti a strategie, a vytvořit si kapacity pro zvládání zátěžových situací, a schopnost komunikovat se svým okolím své vnitřní rozpoložení. Díky MHL se děti naučí, jak rozpoznávat emoce, jak na ně reagovat, jak pracovat se svými emocemi a jak je zdravým způsobem ventilovat. Učí se empatické komunikaci a vytváření mezilidských vztahů, což jsou v podstatě základní složky emoční inteligence. Děti tak mohou být připraveny na budoucí výzvy adolescence a rané dospělosti (Goleman, 2020; Kézrová, 2021).

V České republice vznikl z iniciativy NUDZ preventivní program s názvem **Všech pět pohromadě**. Tento program nabízí školení pro pedagogy základních škol, a je zaměřen na **pozitivní duševní gramotnost** – tedy na to, jak si efektivně získat a udržet duševní zdraví. Obsah kurzu je koncipován s ohledem na potřeby žáků ve věku **11-13 let**. Na základě absolvovaného výcvikového kurzu Všech pět pohromadě by měl být pedagog schopen provést své žáky touto problematikou, vést diskuse na toto téma, a předávat vědomosti a dovednosti zážitkovou a vzdělávací formou. Kurikulum programu obsahuje pět hlavních oblastí, kterým se věnují jednotlivé lekce v rámci jednoho pololetí. Jsou to:

1. **Duševní zdraví** – Žáci se seznámí s programem, principy zdraví a duševního zdraví, a jak duševní zdraví ovlivňují hormony a stres.
2. **Emoční gramotnost** – Žáci se učí vnímat a pojmenovávat své emoce a myšlenky a jejich dopad na chování. Vzdělávají se v oblasti seberegulace.

3. **Vztahy** – Tato část je zaměřena na budování zdravého vztahu k sobě a druhým lidem, rozvíjení empatie, respektu a laskavosti k sobě i druhým.
4. **Komunikace** – Děti se učí komunikační strategie, prohlubují si své komunikační dovednosti, učí se mluvit o svých emocích a komunikovat o náročných tématech v krizových situacích.
5. **První pomoc v oblasti duševního zdraví** – Žáci se seznamují s projevy duševních onemocnění, učí se o prvcích sebepěče a psychohygieny, získávají znalosti o tom, kde, kdy a jak vyhledat pro sebe nebo svého blízkého pomoc.

Tento program již realizuje přes 60 škol Plzeňského a Karlovarského kraje. Program Všech pět pohromadě vyvinula Pracovní skupina pro výzkum duševního zdraví dětí a adolescentů NUDZ spolu s mnoha tuzemskými i zahraničními odborníky na duševní zdraví. Tento program je tedy podložen výzkumem a vědeckými důkazy (Dzda.cz).

Za účelem šíření osvěty a MHL mezi veřejností vzniklo pod záštitou NUDZ několik webových stránek, kde lidé mohou najít užitečné informace a pomoc. Stránka **Na rovinu** bojuje proti stigmatizaci lidí s psychiatrickou diagnózou a zaměřuje se rovněž na pozitivní prvky MHL. Poskytuje tematická videa, brožury či jiné odborné materiály. (Na rovinu.net). Stránku **P. S. Žij** vytvořila pracovní skupina Prevence a výzkum sebevražd v Národním ústavu duševního zdraví, jejímž cílem je otevřít problematiku sebevražd a pomoci jim předcházet. V reakci na pandemii Covid-19 vznikla webová stránka **Opatruj.se**, kde mimo spoustu užitečných informací a rad z oblasti psychohygieny, může člověk lépe prozkoumat své aktuální duševní rozpoložení pomocí několika krátkých dotazníků. (NÚDZ, 2021).

Spolek **Škola porozumění a sdílení** představila preventivní program **Druhý krok**, vytvořený Committee for Children (originální název *Second step*), který vychází z tzv. sociálně-emočního učení. Slouží pro děti mateřských škol a 1. stupeň škol základních. Mimo již zmíněnou empatii, komunikaci a práci s emocemi (jako prvky MHL), je Druhý krok zaměřen i na zvládání konfliktů a zvládání hněvu a agrese mezi dětmi (ŠPAS,2024).

Podobných iniciativ a snah o propagaci MHL je samozřejmě více. Spousta z nich se přesunula do online prostředí, kde může cílit hlavně na děti, adolescenty a mladé dospělé, kteří to nejvíce potřebují (Kézrová, 2021). Šíření gramotnosti v oblasti duševního zdraví již od dětského věku by pomohlo jedince do budoucna vybavit kompetencemi pro zdárné zvládnutí bouřlivého období adolescence a úspěšného vstupu do dospělosti (Oberle et al., 2014).

3 COPINGOVÉ STRATEGIE

V předchozích kapitolách této práce jsme již několikrát zmínili v jistých souvislostech pojem copingové strategie, stres (jakožto jednoho z rizikových faktorů vzniku duševních potíží), naznačili jsme duševní gramotnost ve vztahu ke zvládnání zátěže a nároků vynořující se dospělosti. Tato kapitola je věnována právě podrobnější charakteristice stresu a jeho zvládnání. Představíme některé důležité pojmy, které budou i později pro tuto diplomovou práci relevantní. Podíváme se na specifické zvládací mechanismy stresu, vysvětlíme copingu a teoretických přístupů k němu. Popíšeme konkrétní copingové strategie, a konečně se zaměříme na provedené zahraniční i české výzkumy v této oblasti. Zaměříme se na coping ve vztahu k duševní gramotnosti a k dalším konstruktům, jež s MHL souvisí.

3.1 Stres

Pokud chceme hovořit o strategiích zvládnání stresu, považujeme za důležité pro jasnější komunikaci nejprve charakterizovat stres jako takový, a následně i další pojmy, které s touto problematikou souvisí. Mnoho publikací a výzkumů bylo věnováno stresu, jeho vymezení a vlivu na život člověka. Stres je psychický a tělesný stav, který každý moc dobře zná. Je to jeden z vlivných činitelů každodenní reality. Jeho podoba se vyvíjela společně s lidskou civilizací. V historii se stres týkal především otázky přežití a fyzických potřeb. V dnešní západní rozvinuté společnosti jde spíše o psychosociální stres, lidé se stávají zranitelnějšími. Stresory jsou dnes i záležitosti, které nejsou ohrožující na životě (Kolář, 2021). Také proto má smysl o něm hovořit právě v souvislosti s duševní gramotností. Pojetí stresu se samozřejmě liší i geograficky. Stejně tak formy jeho zvládnání (Cox, 1978).

Definice stresu se týkají tří hlavních oblastí. První popisují **stres jakožto podnět (stresor)**, jiné se zaměřují na **stres jako proces**, a další na **stresovou reakci**. Například Dudley et al. (1964) definovali stres jako soubor stimulů či situací, které vyžadují adaptaci a jejich zvládnutí. Pokud však definici stresu omezíme pouze na vysvětlení stresorů, setkáme se s problémem. A sice, že každý člověk stres vnímá rozdílně, reaguje s jinou intenzitou, a jeho tělesná stresová reakce může být naprosto odlišná při vystavení všech jedinců stejnému stresujícímu podnětu (Houston, et al., 1987).

Jiné teorie, popisující **stres jako proces**, se zabývají tím, co se odehrává mezi stresorem a stresovou reakcí na tento podnět. Autoři příklánějící se k tomuto pojetí, definují stres jako nerovnováhu mezi vnímanými požadavky kladenými na jedince a jeho vnímanou

schopností se s těmito požadavky vypořádat (Cox, 1978). Lazarus a Folkman (1984) jej ve své knize *Stress, appraisal, and coping* pojímají jako setkání jedince s prostředím, které je pro něj zatěžující a ohrožující pro jeho well-being. Těmto teoriím však schází zohlednění vnitřních stresorů, jejichž původcem je sám jedinec (Houston, et al., 1987).

Další pohled na stres, potažmo stresovou reakci se soustředí na výsledné chování a prožívání člověka vystaveného stresujícímu podnětu, přičemž zohledňuje individuální rozdíly mezi lidmi a další intervenující proměnné. **Teorie stresové reakce** tak překonávají problémy, které jsou spojeny s předchozími dvěma pohledy na stres (Houston, et al., 1987). Obecně může být **reakce na stres aktivní** (dochází k mobilizaci sil a činům) nebo **pasivní** (ztuhlost, strnulost apod.) (Vodáčková, 2020). Jedním z prvních odborníků, kteří se podrobněji zabývali stresem a lidskou fyziologií při prožíváním stresu, byl kanadský lékař, Hans Selye. Začal označovat příčinu jako stresor a reakci organismu na stresor jako stres. Popsal rovněž **obecný adaptační syndrom** (*GAD – general adaptation syndrome*), který má tři fáze:

1. **Poplašná fáze** – jde o první momenty setkání se se stresorem. Projevuje se zvýšenou aktivitou sympatiku, do krve jsou vylučovány stresové hormony, adrenalin a kortizol, dále glukóza a jiné látky, které umožní excitaci organismu.
2. **Fáze obrany** – zde se jedinec svými dostupnými prostředky vyrovnává se stresem. Pokud se s ním vyrovnat nedokáže, dochází k trvalému vypětí a pohotovosti organismu.
3. **Fáze vyčerpání** – při dlouhodobém působení stresu na člověka (tedy při chronickém stresu) jedinec nezvládá adekvátně reagovat a adaptovat se na stres a začíná vykazovat psychosomatické příznaky (Paulík, 2010).

Selye stres popsal jako nespecifickou odpověď organismu na jakýkoliv požadavek, který je kladen na organismus. A bez ohledu na zdroj, organismus reaguje vždy stejným způsobem (Selye, 1950). Fyziologická a psychická stránka stresu se prolínají. Tato teorie stresu, kterou Selye poprvé pozoroval na krysách, odstartovala mnoho dalších výzkumů, které objevily spojitost mezi stresem a zmíněnými psychosomatickými potížemi (Greenberg, 2017). Světová zdravotnická organizace kromě **psychologických** a **biologických projevů** zahrnuje i **behaviorální projevy** a sestavuje **seznam příznaků stresového stavu**. Co se týče lidského **chování** ve stresu, jde o nerozhodnost a nejistotu, neustálé nářky a bědování, změna vztahu k jídlu, nepozornost, prokrastinace, zhoršení v kvalitě i kvantitě provedené práce a

inklinace k nadužívání návykových látek. Po stránce **tělesné** se stres projevuje zrychleným či nepravidelným bušením srdce, bolestí hlavy a tlakem v oblasti krku a bederní páteře, pocitem svírání hrudníku a krku, snížení libida, nevolností, častějším nucením k močení a podobně. Na naší **psychice** se stres podepisuje zpravidla s negativními pocity, pokud hovoříme o **distresu**. V případě **eustresu**, který není považován za špatný, jde spíše o excitaci a vzrušení organismu spojené spíše s pozitivními emocemi (Kebza, 2005). Když se však vrátíme k distresu, prožíváme často nadměrné starosti, trápíme se maličkostmi, a emoční stavy se v rychlém sledu střídají (od radosti k velkému smutku a podobně), přičemž velmi častým pocitem je úzkost a zvýšená podrážděnost vůči podnětům. Stres způsobuje větší unavenost organismu, avšak současně potíže usnout, neboť je jedinec stále v pohotovosti. Časté je noční buzení s tím, že člověk nemůže opět usnout. Ráno se probouzí unavený (Křivohlavý, 2010).

Z hlediska délky trvání stres dělíme na **akutní** a **chronický**. Akutní stres je přirozenou součástí života, kdy se spustí poplachová reakce, a poté dojde buď k eustresu nebo distresu. Pak záleží na individuálních schopnostech stres zvládat. Chronický stres je dlouhotrvající, obtěžující a nepříznivě působí na kvalitu lidského života a zdraví. Projevuje se již zmíněnými psychosomatickými potížemi a vede k řadě obtíží (Paulík, 2010). A konečně z hlediska intenzity rozlišujeme tzv. **hyperstres** a **hypostres**. Hyperstres je stresem, který překračuje hranice zvladatelnosti a přizpůsobení, naopak hypostres nepřesahuje běžné zvládání zátěže, avšak může být škodlivý při dlouhodobém působení (Křivohlavý, 2001).

3.2 Copingové strategie

Způsoby zvládání zátěže a stresu se nazývají copingové strategie (Baštecká & Goldmann, 2001). V této kapitole si představíme základní pojmy související s reakcí na stres a způsoby jeho zvládání. Více popíšeme pojmy jako adaptace, obranné mechanismy, coping a pak se podrobněji zaměříme na konkrétní copingové strategie. Poslední část bude zaměřena na souvislosti mezi copingovými strategiemi a dalšími proměnnými, které by mohly být užitečné pro praktickou část této diplomové práce.

3.2.1 Mechanismy zvládání stresu – základní pojmy

Mechanismy zvládání stresu jsou záměrné či nezáměrné způsoby zvládání stresu, které buď vědomě plánujeme a vytváříme, či nevědomě, nahodile a zcela automaticky provádíme, jakožto snahu snížit působení stresu a zvládnutí dané situace, která převyšuje

adaptivní kapacitu (Romanova, 2019). I v historii byl o tuto problematiku velký zájem. Jako první ucelenou teorii, která vysvětluje způsob zvládnání zátěže a nastolení rovnováhy v psychice, byla psychoanalytická teorie **ego-obranných mechanismů** (Paulík, 2010). Podle Freuda slouží obranné mechanismy jako neuvědomovaná obrana ega. Fungují jako způsob zachování hodnoty a integrity osobnosti při selhání a neúspěchu, při pocitech viny a podobně. Chrání ego před ohrožujícími impulzy z id a superega, které způsobují úzkost (Baštecká & Goldmann, 2001). Freud rozlišoval mezi **protektivními** a **defenzivními** obrannými mechanismy. Jeho dcera Anna je dále rozpracovala a přišla s mnoha dalšími formami obran. Rozdíl mezi obrannými mechanismy a zvládacími strategiemi je v tom, že obranné mechanismy jsou nevědomé a součástí je zpravidla zapomenutí na nepříjemné události, které vedly k disharmonii, a naopak zvládací reakce jsou úmyslné, racionální a plánovité, a jsou zaměřeny přímo proti zdroji úzkosti (Paulík, 2010).

Dalším pojmem, který má spojitost se strategiemi zvládnání zátěže, je **adaptace**. Adaptace znamená schopnost organismu přizpůsobit se vnějším podmínkám (Hartl, 2004). Z biologického hlediska rozlišujeme dvě formy adaptace – **asimilaci**, která představuje přeměnu okolního prostředí podle toho vnitřního, a **akomodaci**, což znamená přizpůsobení organismu vnějším podmínkám. Adaptace je nezbytnou podmínkou přežití a vývoje (Paulík, 2010). Pokud toto aplikujeme na lidskou psychickou stránku, jde o funkční přizpůsobení se pomocí motoriky či smyslových orgánů (Langmeier & Krejčířová, 2006). To znamená přizpůsobení myšlení, vnímání a chování jedince sociálním podmínkám a probíhá na emoční, kognitivní, volní a sociální rovině. Na rozdíl od copingu adaptace probíhá při běžných denních situacích, aniž by jedinec vynakládal zvlášť velké úsilí. Coping probíhá v případě, že je situace nad mírou únosnosti, a je potřeba tuto extrémní zátěž zmírnit konkrétními kroky (Křivohlavý, 2001).

Na více místech této práce jsme na téma copingu a copingových strategií narazili v souvislosti s dalšími tématy. Nyní se tedy na tuto problematiku zaměříme podrobněji a v širších souvislostech.

Coping, z anglického „*to cope*“ znamená v překladu *zvládat, vypořádat se* či *umět si poradit*. Často je spojován s dalším slovem, například *coping with stress* (Výrost & Slaměník, 2001). V psychologii je definován coping jako „*schopnost člověka přiměřeně se vyrovnávat s nároky, které jsou na něj kladeny, případně zvládat nadhraniční zátěže*“ (Hartl, 2004). Nadhraniční zátěží je myšlena náročná situace, která přesahuje síly jedince a již zmíněnou míru jeho adaptačních schopností (Ficková, 1993). Nejčastěji je termín coping

spojen se jmény Lazarus a Folkmanová. Ti, mimo již zmíněné definice, hovoří o copingu jako o dynamickém procesu, který funguje jako behaviorální, kognitivní či sociální odpověď organismu na daný stresor. Dále zdůrazňují, že coping neznamená snahu o plné ovládnutí situace, ale její zvládnutí. Jde spíše o ovládnutí sám sebe v zátěži. (Lazarus & Folkman, 1984). Jak jsme již uvedli výše, coping představuje zvládání nadlimitní zátěže, přičemž nadlimitním je myšleno z hlediska délky trvání a míry intenzity dané zátěže. Obecně je coping mechanismus, který probíhá jako vědomá snaha o minimalizaci, toleranci či překonání velmi silného a dlouho působícího stresoru, na nějž se nemůžeme jen tak jednoduše adaptovat. Výsledkem je lepší vnitřní pocit jedince, zachování si pozitivního sebeobrazu a větší emoční klid (Křivohlavý, 2001).

3.2.2 Vymezení copingových strategií

Copingové strategie jsou specifické formy chování, které člověk využívá pro zmírnění stresu, nepohodlí, či vnitřního boje uvnitř něj. Výběr konkrétní copingové strategie je velmi složitý kognitivní, emoční i volní proces, do nějž vstupuje mnoho dalších faktorů, zejména vlastnosti osobnosti daného jedince, jeho subjektivní vnímání světa a jeho vlastní posouzení účinnosti konkrétní strategie. Je potřebné celou situaci promyslet, zvážit více možností a případně se rozhodnout pro konkrétní postup. Současně bývají často zátěžové situace emočně vypjaté, či může dojít k nějakému vnitřnímu konfliktu. Celý proces tvorby a využití dané copingové strategie je velmi komplexní. Jak jsme již zmínili, nejedná se o nevědomou automatickou reakci, jako je tomu u obranných mechanismů. Copingová strategie je vědomé a úmyslné jednání s jasným cílem (Křivohlavý, 1994).

Je poměrně komplikovaným úkolem poskytnout čtenáři komplexní a přehledný výčet jednotlivých copingových strategií, neboť jsou vysoce individuální a mají mnoho podob. Pokud bychom vycházeli z teoretických konceptů, pak rozmanité copingové strategie značně zobecníme a zredukujeme. Naopak pokud se pustíme do vyjmenovávání jednotlivých strategií, nemůžeme zaručit přehlednost. Pokusíme se proto o jakýsi kompromis, s přihlédnutím k souvislostem, které nás dále v této práci budou nejvíce zajímat.

V rámci nejrůznějších teorií a členění copingových strategií se setkáváme se dvěma hlavními obecnými pohledy na coping. Prvním je tzv. **dispoziční přístup ke copingu**, který předpokládá, že zvládací strategie korespondují s osobnostními rysy člověka, jsou tedy stálé, a člověk ve vypjaté situaci reaguje podle svého repertoáru chování a reakcí, který je formován jeho rysy. Tento přístup zmiňují i Janke a Erdmann (2003), autoři dotazníku SVF

78, který je podstatnou součástí praktické části této práce. Bylo realizováno mnoho výzkumů, které se zabývaly souvislostí mezi copingem a osobnostními vlastnostmi. Například byl zjištěn vztah mezi neuroticismem a již zmíněným copingem zaměřeným na emoce (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Copingové strategie zaměřené na problém souvisí zase například s vyšší mírou sebeúcty (Holahan & Moos, 1987), a vyskytují se častěji u lidí, kteří jsou si více vědomí svých emocí a jsou emočně otevřenější (Paez, et al., 1995; Paez, et al., 1999; Moradi, et al., 2011).

Oproti dispozičnímu přístupu stojí **přístup situační**, který tvrdí, že konkrétní copingové strategie se odvíjejí od dané zátěžové situace, jak už název napovídá. Podle povahy stresoru si zvolíme odpovídající zvládací mechanismus, a na tento proces naše osobnost nemá vliv. V tomto pojetí copingu rozlišujeme tři hlavní typy situací – **výzva, ztráta a ohrožení**. V každé z nich volíme odlišné formy copingových strategií (Výrost & Slaměník, 2001).

Nicméně situační ani dispoziční přístup samotný nedokázali pojmout copingové strategie v celé šíři a rozmanitosti. Proto se také ve větší míře začal uplatňovat spíše **přístup interakční**. Ten vyzdvihuje jak osobnost člověka (kognitivní, emocionální i motivační složku, které společně ovlivňují výsledné chování), tak i samotnou situaci a kontext dané stresové události. Člověk na tuto situaci reaguje a aktivně na základě svých zkušeností, subjektivního zhodnocení závažnosti zátěže vybírá další postup, který bude pro danou událost tím nejlepším možným řešením (Baumgartner, 2001).

Existuje mnoho způsobů, jakými můžeme reagovat na vzniklé stresující situace, a mnoho způsobů, jak tyto reakce klasifikovat. Nejčastěji využívané členění je od Lazaruse a Folkmanové. Ti rozlišují mezi dvěma hlavními typy copingu. Prvním je **coping zaměřený na problém**. Tento způsob zvládnání zátěže je aktivní a strategický, člověk dělá kroky k převzetí kontroly nad situací a odstranění stresoru. Do této kategorie zařadili tři konkrétní copingové strategie: *hledání informací, převzetí kontroly a zvažování pro a proti* (Lazarus & Folkmanová, 1984; 1986). Janke a Erdman (2003), příkládají těmto formám copingových strategií velkou důležitost.

Vedle toho **coping zaměřený na emoce** je pasivní, intrapsychický, a je založen na práci s emocemi, která vede ke změně emoce ze situace na snesitelnější pro člověka. Tato práce s emocemi může být buď přímá, anebo nepřímá. Mezi tyto copingové strategie řadíme pozitivní přehodnocení, přijetí viny nebo zodpovědnosti, humor, cvičení sebeovládání,

distancování se, vyhýbání se, přerámování stresoru do pozitivního světla (Lazarus & Folkman, 1986).

Tobin (1989) uvádí, že coping zaměřený na emoce může mít blízko k vyhýbavému chování, neboť člověk v některých případech pouze potlačuje negativní emoce, což přináší úlevu, mnohdy však ne na dlouho (Smetáčková, et al., 2019). Jiní autoři, například Krivohlavý (2001) přispívají dělením copingových strategií na **ruminační, vyhýbavé a rozptylující**. O vyhýbavých strategiích hovoří i Amirkhan (1990), ale odlišuje je od těch strategií zaměřených na emoce. Endler a Parker (1990) přidávají **vyhledání sociální opory** jako způsob zvládnání zátěže, což je rovněž velmi důležitý zdroj opory při zvládnání stresu.

Ke zkoumání copingových strategií významně přispěli Carvera, Scheiera a Weintrauba (1989), autoři dotazníku COPE a jeho zkrácené verze BriefCOPE. Ti zkoumali copingové strategie z praktického hlediska, přičemž zahrnuli jak dispoziční, tak i situační strategie. Zkrácená verze dotazníku obsahuje 14 škál po pěti položkách, a měří **tyto uvedené specifické strategie zvládnání zátěže**: aktivní coping, obrácení se k náboženství, plánování, ventilování (emocí), potlačení interferujících aktivit, popření, odložení řešení, behaviorální odklonění, hledání instrumentální opory, mentální odklonění, hledání citové opory, užívání návykových látek, pozitivní reinterpretace, humor, akceptace a sebeobviňování (Carver, Scheier a Weintraub, 1989).

V mnoha výzkumech v českém prostředí je využíván dotazník SVF 78 Jankeho a Erdmanové. Tento dotazník využíváme i v našem výzkumu. Je poněkud obsáhlejší než předchozí metoda COPE, proto také copingové strategie člení poněkud podrobněji. Podle druhu zvládnání zátěže dělí strategie na **akční a intrapsychické**. Podle zaměření je dělí na coping **zaměřený na reakci samotnou nebo na situaci** (na stresor). Podle účinnosti zmírnění zátěže dělí strategie na **pozitivní** (ve smyslu vyšší účinnosti) a **negativní** (nižší účinnost). Podrobnosti ohledně dotazníku a jeho škál budou přiblíženy v praktické části práce v kapitole *Metody sběru dat* (Janke & Erdmann, 2003).

3.2.3 Copingové strategie v souvislosti s dalšími proměnnými

V této části ve stručnosti nastíníme souvislosti mezi copingovými strategiemi a dalšími konstrukty, které do jisté míry mohou souviset s předmětem našeho výzkumu. Jelikož copingové strategie jsou proměnlivé v čase a vyvíjí se, považujeme za důležité uvést jejich vývoj v čase, nebo přinejmenším specifikovat formy copingu ve vynořující se dospělosti. Rovněž chceme zmínit rozdíly v copingových strategiích mezi muži a ženami.

Copingové strategie a gender

Několik studií přišlo se zjištěními, že ženy obvykle častěji využívají copingové strategie zaměřené na emoce, tedy se snaží změnit svůj emocionální stav v souvislosti se zátěžovou situací. Muži naopak volí aktivnější postoj a při zvládnání stresu se soustředí na samotný problém a jeho odstranění, či zmírnění jeho dopadů na jejich osobu (Endler a Parker, 1990; Ptacek a kol., 1994; Matud, 2004). Bylo zjištěno několik signifikantních rozdílů mezi muži a ženami v oblasti zvládnání stresu. Ženy prožívají více každodenního stresu, častěji se potýkají s chronickým stresem a frustrací. V souvislosti s náročnými situacemi ženy častěji uváděly větší emocionální dopad na jejich duševní zdraví než muži. I jiné výzkumy potvrdily, že ženy mají častěji než muži tendenci volit si strategie zvládnání zátěže zaměřené na emoce, které souvisí s úzkostí a depresí (například vyhýbání se, snaha nemyslet na původce stresu) a naopak nižší tendenci volit racionální a odosobněné strategie zaměřené na problém (Blalock & Joiner, 2000; Matud, 2004). Proto mají také ženy častější sklony k těmto duševním onemocněním než muži. Muži obvykle vnímají běžné zátěžové situace i náročnější a dlouhotrvající stresující události s nižší intenzitou než ženy, více kontrolovaně, a nehodnotí je tak negativně jako ženy. Byla u nich zjištěna vyšší míra inhibice emocí než u žen (Matud, 2004).

Copingové strategie a věk

Během života, když postupně procházíme jednotlivými vývojovými stádii, přicházíme do kontaktu s nejrůznějšími překážkami, které musíme překonat, abychom se mohli posunout o krok vpřed. Mnoho podnětů v okolí, ale i v nás samých může být v určitém věku zdrojem zátěže. Mnohé však působí jako protektivní faktor. Učíme se ze svých chyb, od rodičů, ze svého okolí, jak překonávat překážky, abychom zmírnili stres a dosáhli úspěšně svého cíle. Jak už jsme uvedli dříve, to, jaké strategie si volíme se současně odráží na naší osobnosti, která je tvořena vrozenými i získanými vlivy. Současně se však neustále učíme až do konce života, a proto se i naše copingové strategie mění a upevňují s věkem.

Nebudeme se v této kapitole zabývat vývojem copingových strategií během života, pro účely této práce je podstatné nastínit specifika období pozdní adolescence a rané dospělosti a vmezeřená vynořující se dospělosti. Mnoho autorů ve svých výzkumech zkoumalo copingové strategie v dospělosti prostřednictvím srovnávání věkových skupin. Bylo zjištěno, že mladší generace dospělých zátěžové situace nevnímá tak negativně jako starší ročníky, a také používá spíše copingové strategie zaměřené na problém. Výzkum ukázal i rozdíl ve vnímání toho, co představuje samotný stresor v daném věku. Což je

logické, neboť naše hodnoty se s věkem mění, stejně tak i zdroje úzkosti a obav. V mladší dospělosti lidé nejčastěji prožívali interpersonální potíže a stresory působící v rodině a v partnerském vztahu. Rovněž ve spojitosti s možností mít dítě a sociálním tlakem s tím spojeným. Důležitou roli ve vynořující se dospělosti hraje volba budoucího povolání, ukončení vysokoškolského studia, odpoutání od rodičů a podobně (jak jsme již podrobně popsali v kapitole Vynořující se dospělost). Jsou to zkrátka vývojové úkoly, které v tomto věku představují velkou zátěž. Záleží na individuálním vnímání intenzity této zátěže a vlastním repertoáru copingových strategií, které se v rané dospělosti upevňují (Lazarus & Folkman, 1984).

Dospívající, kteří prochází obdobím experimentace a chovají se často rizikovým způsobem, nemají pravděpodobně zcela vyvinutý potenciál pro zvládnání zátěžových situací (Olbrich, 1990). Schopnost regulace emocí se více rozvíjí v pozdní adolescenci. A volba efektivních copingových strategií se mění spolu se získáváním nových životních zkušeností. A jelikož je využívání konkrétních copingových strategií úzce spjato s osobností a individuálním vývojem kognitivních, emocionálních a volních funkcí, jejich vývoj napříč dětstvím a dospíváním poměrně dosti kolísá, dokud jedinec díky zkušenostem nevybere ty neúčinnější pro konkrétní formy stresorů (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2010).

3.2.4 Copingové strategie a duševní gramotnost

Bylo empiricky potvrzeno mnoha (veskrze zahraničními) výzkumy, že duševní gramotnost vede k lepšímu duševnímu zdraví, neboť jedinec má v této problematice větší přehled, má povědomí o duševních nemocech, a je informován o tom, jak v případě potíží pomoci sobě i svému okolí. Součástí duševní gramotnosti (jak jsme již psali v kapitole týkající se duševního zdraví) je i soubor dovedností, které si člověk osvojí, aby dokázal na svém zdraví lépe pracovat. Jedinec, s vyšší mírou duševní gramotnosti tedy spíše vyhledá pomoc (Bjørnsen et al., 2017, 2019; Bonabi et al., 2016; Chao et al., 2020; Lam, 2014; Rüsche et al., 2014) nebo ji častěji poskytne, neboť díky MHL se snižuje stigmatizace duševně nemocných (Rossetto et al., 2016). Světová zdravotnická organizace hovoří o zdraví jako o neustálém souboji mezi rizikovými a protektivními faktory, přičemž MHL patří mezi důležité zdroje a prevence duševních onemocnění (WHO, 2021). Bjørnsen et al., (2017) a Lam (2014) ve svých výzkumech uvádí, že včasné vzdělávání v oblasti duševního zdraví by mohlo přímo či nepřímo ovlivnit způsob, jakým se vypořádáváme se zátěží. Totéž tvrdí ředitel Národního ústavu duševního zdraví, Petr Winkler (Kézrová, 2021).

V psychicky vypjatém období vynořující dospělosti jsou na jedince kladeny nároky, musí se vypořádávat s větší mírou zodpovědnosti, aby mohl úspěšně vstoupit do dospělosti (Hutteman et al., 2014). Jak už jsme dříve uváděli, v tomto období je nejvyšší výskyt úzkostných a depresivních poruch. Duševní gramotnost by tedy mohla působit jako prevence a zároveň zdroj pro lepší coping nejrůznějších nástrah tohoto věku (Zhou et al., 2010). Mnoho studií popisuje spojitost mezi zdravými formami copingu a lepším duševním zdravím. Samozřejmě do hry vstupuje i spousta dalších faktorů a stránek osobnosti, které ovlivňují copingové strategie. Mnoho výzkumů se například zaměřuje na **místo kontroly** (locus of control – LOC) (Anderson, 1997; Petrosky & Birkimer, 1991; Parkes, 1984), **hardiness** (Williams, et al., 1992), **resilienci** (Fraser & Pakenham, 2009; Ahern, et al., 2008) či **konkrétní rysy osobnosti** (Melendez, et al., 2019), které s volbou copingových strategií také v mnohém souvisí. Neexistuje však mnoho studií, které by zkoumaly souvislosti mezi mírou duševní gramotnosti a specifickými copingovými strategiemi (Carvalho & Dias, 2021).

Při rešerši české literatury jsme nenarazili na mnoho výzkumů zabývajících se duševní gramotností. Mnohem častěji šlo o zdravotní gramotnost, jehož součástí je samozřejmě i duševní zdraví. Avšak tyto výzkumy byly zaměřené spíše na komplexní a více na tělesné zdraví. Hlavní inspirací z českého prostředí a podnětem k výzkumu byla tisková zpráva z **Národního monitoringu duševního zdraví dětí a adolescentů**, která byla uveřejněna v září 2023. Výsledky jsou velmi znepokojující a zasluhují mnoho pozornosti, jak odborníků, tak i veřejnosti. Tyto výsledky se potvrzují i v praxi dětských psychologů (Kroc & Stutláková, 2023). Některé z výsledků studie jsme uvedli již v předešlých kapitolách. Tento projekt s názvem Supreme mh, realizovaný NÚDZ ve spolupráci s Českou školní inspekcí byl realizován na českých základních školách. Screeningovými metodami byly zjišťovány symptomy duševního zdraví či nemoci (konkrétně úzkosti a deprese, neboť tyto onemocnění jsou v této věkové kategorii ty nejčastější), duševní well-being a v neposlední řadě právě duševní gramotnost dětí a dospívajících. Nás nejvíce zaujala metoda měření duševní gramotnosti, kterou NÚDZ pro účely tohoto výzkumu vytvořil ve spolupráci s mnoha odborníky. Metoda by však z několika důvodů nebyla pro naši cílovou skupinu použitelná (o tomto podrobněji v kapitole *Metody sběru dat*) (MUDr. Matěj Kučera, osobní sdělení, 10. ledna 2024).

Tato studie zjistila **souvislost mezi MHL a úrovní duševního zdraví dětí a dospívajících**. Na základě měření příznaků duševního zdraví a nemoci bylo zjištěno, že

odborná pomoc by prospěla **každému třetímu žákovi**. Dívky jsou po stránce duševního onemocnění až dvojnásobně více zasaženy než chlapci. Upozorňují na potřebnost preventivních programů na úrovni škol (NÚDZ, 2023).

Další studie (Carvalho & Dias, 2021), která nás zaujala, zkoumala přímo **souvislost duševní gramotnosti s volbou konkrétních copingových strategií** mezi portugalskými adolescenty (do 18 let včetně), mladými dospělými (19-36 let) a staršími dospělými (nad 36 let). Bylo zjištěno, že věkové skupiny se zásadně nelišily v míře MHL, ale lišily se ve vztahu ke konkrétním copingovým strategiím napříč věkovými skupinami. Skupina adolescentů se projevovala více problematickým chováním a volila vyhubavý styl copingu. Konkrétně bylo zaznamenáno, častěji než u starších generací, zneužívání návykových látek, odpojení, oproštění či popření zátěžové situace. Vedle toho dospělí nad 36 let častěji, než dvě mladší skupiny volili náboženství jakožto formu zvládnání zátěže. Dále studie přinesla zjištění, že MHL pozitivně koreluje se snahou vyhledat pomoc v případě potřeby, s adaptivním copingem, a celkově má MHL protektivní působení vůči rizikovému chování a nevhodné regulaci emocí v adolescenci. (Carvalho & Dias, 2021; Lubman, et al., 2021).

Bylo zjištěno, že ženy jsou více ochotné vyhledat pomoc, nebo navštívit odborníka na duševní zdraví než muži. Současně jsou také ženy s duševním onemocněním méně často stigmatizovány ženami a muži, než je tomu u mužů s psychickou nemocí. Další výzkumy naznačují, že **MHL hraje velmi důležitou roli při copingu duševního onemocnění a také při aktivním hledání odborné pomoci**, což značí příznivou souvislost mezi MHL a postoji k duševnímu zdraví (Lee, et al., 2020; Coates, et al., 2019; Jorm, 1997).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE VÝZKUMU

Oblastí zájmu této magisterské diplomové práce je problematika psychického zdraví a nemoci. Konkrétně se zaměřujeme na míru povědomí o duševním zdraví (neboli duševní gramotnost – *mental health literacy* – MHL) ve věkové kategorii spadající do období vynořující dospělosti, která má svá mnohá specifika (Arnett, 2002; Erikson, 1996; Thorová, 2015). Jedním z dílčích cílů výzkumu je i snaha přivést k tématu duševní gramotnosti a prevence duševních onemocnění více pozornosti. Zabýváme se tímto tématem v souvislosti s copingovými strategiemi, neboť tyto strategie zvládnání stresu mohou jít naproti buďto spíše duševnímu zdraví, anebo naopak směrem k onemocnění (Špatenková, 2004). Zajímá nás, **zda duševní gramotnost při výběru copingových strategií hraje nějakou roli**. Při rešerši námi dostupné literatury jsme zjistili, že současné výzkumy se zaměřují zejména na zjišťování míry MHL v populaci obecně (Jorm, et al., 1997; Reavley, 2011; Ganasen, et al., 2008), a na zkoumání toho, jak se míra MHL liší mezi pohlavími (Cotton, et al., 2006; Lee, et al., 2020; Furnham, et al., 2014), jak souvisí s věkem (Farrer, et al., 2008; Carvalho & Dias, 2021) a s jinými demografickými faktory (Miles, et al., 2020). Dále jsme objevili studie, které potvrzují vztah copingových strategií ke konkrétním aspektům osobnosti, jako jsou **konkrétní povahové rysy** (např. otevřenost, svědomitost a přívětivost pozitivně koreluje s copingovými strategiemi zaměřenými na problém, a naopak neuroticismus souvisí s spíše s copingem zaměřeným na emoce) (Melendez, et al., 2019), **resilience** (Fraser & Pakenham, 2009; Ahern, et al., 2008), **locus of control** (Anderson, 1997; Petrosky & Birkimer, 1991; Parkes, 1984), **hardiness** a další (Williams, et al., 1992). Neobjevili jsme však mnoho výzkumů, jež by zkoumaly konkrétně souvislost mezi specifickými copingovými strategiemi a mírou MHL – minimálně ne v českém prostředí.

Ve výzkumech, které se přibližovaly oblasti našeho zájmu, byla potvrzena **souvislost mezi gramotností v oblasti duševního zdraví a postoji vůči lidem s duševním onemocněním**. Také s **tendencí vyhledat odbornou pomoc** (Lee, et al., 2020; Coates, et al., 2019; Jorm, 1997). Ta se liší mezi pohlavími. Ženy jsou obecně považovány za více sociabilnější či empatičtější než muži. Současně jsou náchylnější než muži ke vzniku duševního onemocnění. To může být důvodem, proč ženy na těchto škálách duševního zdraví skórují obvykle výše než muži (Holzinger, et al., 2011). Autoři Carvalho a Dias (2021) zjistili že **MHL pozitivně koreluje s adaptivními copingovými**

strategiemi. Jak jsme již zmínili v předchozí kapitole, tato studie zkoumala rozdíly mezi obdobími adolescence, rané dospělosti a střední dospělosti v portugalské populaci. My bychom se chtěli více zaměřit na problematiku období mezi adolescencí a dospělostí a prozkoumat tyto souvislosti na české populaci. I když je období pozdní adolescence a vynořující se dospělosti považováno vývojovou psychologií za poměrně stabilní, tato „stabilita“ je v tomto věku zkoušena mnoha stresory a požadavky společnosti, jako je akademická a karierní dráha, partnerství, snaha o samostatnost a nezávislost na primární rodině a podobně (Barker, 2007). Také je do věku 24 let největší pravděpodobnost rozvoje psychiatrického onemocnění (WHO, 2002; 2015), zejména úzkosti a deprese (NÚDZ, 2023; Čt24, 2024). V tomto období se mnoho aspektů osobnosti člověka stabilizuje a ustaluje. A jelikož konkrétní volba copingových strategií taktéž souvisí s osobností člověka, jsou již také tyto strategie stabilnější oproti věku dospívání, kdy ještě není tolik rozvinuta zdravá a efektivní emoční regulace. Pochopitelně se však v životě učíme ze zkušeností a své copingové strategie můžeme měnit (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2010).

Cílem praktické části této diplomové práce je:

- Prozkoumat souvislost mezi mírou duševní gramotnosti a volbou copingových strategií ve vynořující se dospělosti, a jak se síla tohoto vztahu liší v závislosti na pohlaví.
- Zmapovat, jak se liší míra duševní gramotnosti mezi muži a ženami.
- Zjistit, zda zkušenost s návštěvou odborníka na duševní zdraví souvisí také s vyšším povědomím o problematice duševního zdraví a nemoci.

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Na základě stanovených výzkumných cílů byl zvolen kvantitativní typ výzkumu. Data byla získávána prostřednictvím dotazníkového šetření, za využití dotazníku Strategie zvládání stresu (SVF 78) a Mental health literacy scale (MHL-S). V následující kapitole zvolené metody představíme a zdůvodníme jejich využití.

5.1 Metody získávání dat

Za účelem naplnění výše uvedených výzkumných cílů byl zvolen kvantitativní sběr dat v podobě dotazníkového šetření, které bylo realizováno v online rozhraní, a to z toho důvodu, že autorka práce v době plánovaného sběru dat absolvovala semestrální studijní pobyt v zahraničí. Pro distribuci testových metod byla zvolena webová aplikace Google Forms. Z důvodu online administrace dotazníků byla časová dotace k vyplnění individuální. Po pilotním testování byla doba potřebná pro vyplnění odhadnuta na dobu přibližně 15 minut.

Prvním použitým výzkumným nástrojem byl krátký dotazník vlastní konstrukce k zaznamenání základních demografických údajů o respondentech. Obsahoval otázky týkající se pohlaví, věku, kraje místa bydliště a dosavadního nejvyššího dosaženého vzdělání. Dále jsme se účastníků výzkumu ptali, zda jsou aktuálně studenti, či zaměstnaní, zda někdy v minulosti vyhledali odbornou pomoc na duševní zdraví (tedy psychologa, psychoterapeuta či psychiatra), a jestli takového odborníka v současné době navštěvují. V případě, že odpověděli ano, následovala otázka na konkrétní důvod či psychické potíže, kvůli nimž odborníka vyhledali. Celkově tedy dotazník obsahoval pouze 8 položek s různými formami možnosti odpovědi. Účelem tohoto dotazníku bylo později rozdělit respondenty dle pohlaví, a rovněž podle toho, zda mají či nemají zkušenost s odbornou pomocí v oblasti duševního zdraví, abychom skupiny mezi sebou mohli následně komparovat.

Druhou potřebnou metodou získávání dat byl dotazník měřící strategie zvládání zátěže u dospělé populace. Těchto testových metod existuje celá řada, a to zejména těch zahraničních. My jsme se rozhodli pro účely této práce využít **dotazník Strategie zvládání stresu (SVF 78)**, neboť je standardizovaný pro českou dospělou populaci a poměrně často

využívaný – na rozdíl od jiných metod, které nemají vytvořené normy pro českou populaci. Současně vyhovoval našim výzkumným cílům, neboť rozděluje copingové strategie dle účinnosti na pozitivní a negativní (viz dále).

Tento dotazník jsme zvolili v kombinaci s **Mental health literacy scale (MHL-S)**, která byla autorkou přeložena do českého jazyka a následně validována. V České republice totiž neexistuje standardizovaná testová metoda, která by měřila míru duševní gramotnosti u dospělé populace. Metoda MHL-S byla vybrána, jelikož postihuje duševní gramotnost z více úhlů – hodnotí míru znalostí a schopností v oblasti duševního zdraví, a měří rovněž i postoje vůči lidem s psychiatrickou diagnózou apod. Na následujících řádcích poskytneme podrobnější informace o vlastnostech obou použitých metod.

5.1.1 Strategie zvládnání stresu (SVF 78)

Dotazník Strategie zvládnání stresu (v německém originálu *Stressverarbeitungsfragebogen*) slouží k zachycení způsobů, jakými jedinec reaguje a vyrovnává se se zátěžovou situací. Autory této testové metody jsou Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová (2003). Do češtiny byl přeložen Josefem Švancarou (2003). Původní dotazník má 120 položek, pro účely výzkumu této práce jsme použili SVF 78, tedy jeho zkrácenou verzi, a to pochopitelně z důvodu úspory času, a tedy i vyšší návratnosti testové baterie.

Jedná se o vícedimenzionální sebesuzovací inventář, v němž jedinec zvažuje, jak často volí jednotlivé uvedené strategie, s jejichž pomocí lépe zvládá stres (Švancara, 2003). Při konstrukci dotazníku autoři Janke a Erdmannová (2003) vycházeli z teoretických předpokladů, které korespondují s teoretickou částí této práce. Strategie zvládnání stresu rozdělují na akční (zjevně se projevující v chování a jednání) a intrapsychické (tzn. navenek pasivnější – vjemy, představy, myšlenky apod.), a nahlíží na ně jako na relativně stabilní charakteristiku člověka v čase, tedy provázané s osobností člověka. Zároveň copingové strategie považují za relativně nezávislé na typu zátěžové situace. Neznamená to tedy, že by byl jedinec vybaven mnoha způsoby zvládnání stresu a cíleně podle druhu stresoru vybíral, jak tento stres zvládne. I přes mnoho protiargumentů jiných autorů (Dohrendwend & Martin, 1979; Lazarus & Longo, 1953; Ilfeld, 1980) se Janke a Erdmannová přiklání k tomuto pojetí, neboť řada jiných autorů dokládá svými poznatky z výzkumů, že situační závislost ve volbě těchto strategií nelze doložit ve všech případech. Současně je podle nich volba copingové strategie nezávislá na typu reakce na zátěž (Janke & Erdmannová, 2003).

Co se týče spolehlivosti testu, vnitřní konzistence položek jednotlivých škál se pohybuje mezi $\alpha = 0,77$ až $\alpha = 0,94$. Split-half reliability se pohybuje v rozmezí $r = 0,74$ až $r = 0,94$ (Sulejmanov, et al., 2020). České normy byly získány na souboru ($N = 246$) respondentů.

Dotazník SVF 78 tedy slouží pro dospělou populaci, jak již bylo zmíněno. Jelikož byl dotazník administrován online formou, byly tomu i lehce přizpůsobeny instrukce. Před spuštěním dotazníku byly respondentovi představeny instrukce k vyplňování na úvodní straně. Poté následovala hlavní instrukce, která byla pro všechny položky (respektive jednotlivé copingové strategie) stejná. Zní následovně: „*Když jsem něčím nebo někým poškozen/a, vnitřně rozrušen/anebo vyveden/a z míry...*“ Po ní následovala daná forma vypořádání se s takovou situací. Úkolem respondenta bylo na Likertově škále zvolit míru souhlasu nebo nesouhlasu s daným způsobem řešení. Na výběr byly možnosti: „vůbec ne“, „spíše ne“, „možná“, „pravděpodobně“ a „velmi pravděpodobně“ a hodnocení od 0 „vůbec ne“ do 4 „Velmi pravděpodobně“ (Švancara, 2003). Pro přehlednější online vyplňování jsme dotazník rozdělili v platformě Google Forms na 7 oddílů, přičemž na začátku každého oddílu byla hlavní instrukce zopakována (respondenti tak nemuseli posouvat stránku směrem nahoru pokaždé, když by si chtěli tuto úvodní větu připomenout). Pro vyplňování tohoto testu nejsou stanovena žádná časová omezení.

Test tedy obsahuje 78 položek, které spadají pod 13 subtestů (tedy každý subtest sytí 6 otázek). Vyhodnocování testu probíhá jednak na úrovni těchto subtestů, jednak na úrovni sekundárních hodnot. Subtesty jsou rozděleny na dvě hlavní kategorie – na **pozitivní a negativní strategie zvládání zátěže**. Pozitivní strategie zahrnují ještě tři dílčí (POZ 1, POZ 2 a POZ 3) (Švancara, 2003).

Pozitivní copingové strategie:

- Podhodnocení
 - Odmítání viny
 - Odklon od zátěžových situací
 - Náhradní uspokojení
 - Kontrola situace
 - Kontrola reakcí
 - Pozitivní sebeinstrukce
- POZ 1
- POZ 2
- POZ 3

Negativní copingové strategie:

- Únikové tendence
- Perseverace
- Rezignace
- Sebeobviňování

Singulární strategie:

- Rezignace
- Sebeobviňování

Poslední dva subtesty – potřeba sociální opory a vyhýbání se nespádají ani do jedné z kategorií. Celkovou pozitivní strategii zjišťujeme aritmetickým průměrem ze součtu skóre všech subtestů (Stejně tak je tomu i u negativních strategií). Obdobně postupujeme u dílčích strategií (tedy POZ 1 vypočítáme jako aritmetický průměr subtestů strategie podhodnocení a strategie odmítání viny atd.).

K závěru stručně charakterizujeme jednotlivé subtesty dotazníku.

- 1) **Podhodnocení** – Jedinci, kteří využívají tuto copingovou strategii, hodnotí své reakce na stres jinak, než hodnotí reakce ostatních (ve smyslu podhodnocování a devalvace zátěže).
- 2) **Odmítání viny** – Jedinec odmítá zodpovědnost za zátěž.
- 3) **Odklon** – Odklonem je myšlena tendence odklonit se od zátěže, a to buďto aktivní snahou o odvrácení zátěžové situace, nebo intrapsychickou snahou o navození duševního stavu, který pomůže vzniklý stres zmírnit.
- 4) **Náhradní uspokojení** – Tato strategie je vysvětlována jako snaha o navození příjemnějšího stavu za pomoci vnějšího posílení sebe sama, například různými odměnami.
- 5) **Kontrola situace** – Jedinci, kteří volí tuto strategii, se obvykle nad náročnou situací zamýšlí, a vytváří si konstruktivní plán řešení, který pak nejrůznějšími kroky naplní.
- 6) **Kontrola reakcí** – Člověk se snaží udržet pod kontrolou stresovou reakci a emočnímu vzrušení, a následně se pokouší mu čelit.
- 7) **Pozitivní sebeinstrukce** – Tento subtest zahrnuje položky týkající se toho, jak k sobě dotyčný uvnitř své mysli hovoří. To znamená, zda si důvěřuje, dodává sám sobě odvahu během zátěže a podobně. Zahrnuje myšlenky, postoje, sugesce atd.

- 8) **Sociální opora** – Může se jednat o pasivní strategii, kdy jedinec rezignuje a bezradně hledá pomoc, anebo naopak schopnost aktivně si umět říci o pomoc v případě potřeby (záleží na kontextu). Tuto strategii mají vyšší tendenci využívat ženy.
- 9) **Vyhýbání se** – Jedná se o tendenci vyhnout se stresoru, neboť je zde neschopnost nebo neochota ho zvládat, nebo naopak schopnost předcházet takovým situacím v budoucnosti. Tuto i předchozí strategii můžeme vnímat jak pozitivně, tak i negativně, proto je řadíme mezi singulární strategie.
- 10) **Úniková tendence** – Člověk se snaží stresující situaci vyhnout, uniknout.
- 11) **Perseverace** – Člověk neustále dokola uvnitř danou situaci prožívá a není schopen se od ní odpoutat.
- 12) **Rezignace** – Jedinec, využívající tuto negativní strategii, si připadá vedle zátěžové situace bezmocný, a tak volí jako nejlepší možnost vzdát se.
- 13) **Sebeobviňování** – Jedinec negativně hodnotí sám sebe v souvislosti se svými copingovými strategiemi (Janke & Erdman, 2003).

5.1.2 Škála duševní gramotnosti (MHL-S)

Mental health literacy scale, v překladu Škála duševní gramotnosti je testová metoda vytvořená v roce 2015 týmem O'Connora a Caseyho v Austrálii. Jde o 35 položkovou jednorozměrnou škálu, která měří všechny vlastnosti duševní gramotnosti. Pokud bychom vycházeli z pojetí duševní gramotnosti od Jorma, et al. (1997), pak tento dotazník měří 6 ze 7 dovedností spadajících pod MHL. V tomto dotazníku jde celkem o 6 následujících atributů:

- 1) **Schopnost rozpoznat poruchu** – Jde o schopnost správně určit znaky poruchy, konkrétní diagnózy nebo kategorie poruch. Tento aspekt duševní gramotnosti je měřen 8 položkami, s možností odpovědi na čtyřbodové Likertově škále (velmi nepravděpodobné, nepravděpodobné, pravděpodobné, velmi pravděpodobné).
- 2) **Znalost zdrojů informací** – Povědomí o tom, kde hledat potřebné informace a současně schopnost tyto informace získat. Tento atribut je měřen čtyřmi otázkami s možností odpovědi na Likertově škále s pěti možnostmi (rozhodně nesouhlasím, nesouhlasím, ani souhlasím, ani nesouhlasím, souhlasím, rozhodně souhlasím).
- 3) **Znalost rizikových faktorů a příčin** – Tato část dotazníku se zaměřuje na míru znalosti environmentálních, sociálních, rodinných nebo biologických faktorů,

kteře zvyšují riziko vzniku duševního onemocnění. Týká se dvou otázek, které jsou hodnoceny na čtyřbodové Likertově škále (velmi nepravděpodobné, nepravděpodobné, pravděpodobné, velmi pravděpodobné).

- 4) **Znalost samoléčby** – Týká se znalosti typických léčebných postupů doporučovaných odborníky na duševní zdraví a činností, které může jednotlivec provádět. Tuto část duševní gramotnosti dotazník měří dvěma otázkami s možností odpovědi na čtyřbodové Likertově škále (velmi neužitečné, neužitečné, užitečné, velmi užitečné).
- 5) **Znalost dostupné odborné pomoci** – Tato část testu měří povědomí o odborné péči v oblasti duševního zdraví a jimi poskytovaných služeb pomocí tří otázek. Respondenti na ně odpovídají opět na čtyřbodové Likertově škále (velmi nepravděpodobné, nepravděpodobné, pravděpodobné, velmi pravděpodobné).
- 6) **Postoje podporující rozpoznání a vhodné chování při vyhledávání pomoci** – Tento atribut duševní gramotnosti se skládá z šestnácti otázek s možností odpovědi na pětibodové Likertově škále (rozhodně souhlasím, pravděpodobně souhlasím, ani souhlasím, ani nesouhlasím, pravděpodobně nesouhlasím, rozhodně nesouhlasím). Tyto položky zachycují postoje, které ovlivňují rozpoznávání poruch a ochotu vyhledat odbornou pomoc.

V tomto dotazníku je nejnižší možné skóre 35 a nejvyšší 160, přičemž čím vyšší skóre, tím vyšší míra duševní gramotnosti. Reliabilita MHL-S (McDonaldova omega) byla shledána jako přijatelná až vynikající: celkové skóre $\omega=0,91$, základní gramotnost $\omega=0,85$, znalosti $\omega=0,79$, schopnosti $\omega=0,57$, rozpoznání $\omega=0,85$ a sociální akceptace $\omega=0,89$ a podobná předchozí studii (Wang et al., 2007).

Jak jsme již zmínili v úvodu kapitoly, tento dotazník byl přeložen z anglického originálu do češtiny souběžným překladem (přeložila autorka diplomové práce a rodilý mluvčí angličtiny). Jsme si vědomi možných zkreslení a případného snížení kvality metody, neboť převod metody do jiného jazyka neznamena její standardizaci (Dostál, 2021). Mezi metodami měřící duševní gramotnost jsme však nenarazili na žádnou, která by byla standardizována pro českou populaci. Jedinou metodou, kterou jsme našli, byl dotazník UMHL-A, který byl nově vytvořen Národním ústavem duševního zdraví pro účely zmiňovaného Národního monitoringu duševního zdraví dětí a adolescentů. Tento dotazník je však koncipován pro mladší ročníky a je standardizován pro věkovou kategorii 10-14 let. Zároveň zahrnuje pouze čtrnáct položek – tato metoda je spíše screeningová (MUDr. Matěj

Kučera, osobní sdělení, 10. ledna 2024). Navíc metoda MHL-S zkoumá duševní gramotnost z více úhlů, jak jsme již uvedli.

5.2 Formulace hypotéz ke statistickému zpracování

Na základě výzkumného problému a cílů jsme stanovili následující hypotézy:

- **H1:** Čím vyšší míru duševní gramotnosti jedinec má, tím více využívá pozitivní copingové strategie.
- **H2:** Souvislost duševní gramotnosti a pozitivních copingových strategií se bude lišit v závislosti na pohlaví.
- **H3:** Čím vyšší míru duševní gramotnosti jedinec má, tím méně využívá negativní copingové strategie.
- **H4:** Souvislost duševní gramotnosti a negativních copingových strategií se bude lišit v závislosti na pohlaví.
- **H5:** Jedinci, kteří mají minimálně jednu zkušenost s návštěvou odborníka na duševní zdraví budou mít vyšší míru duševní gramotnosti než jedinci, kteří u tohoto odborníka nebyli ani jednou.
- **H6:** Ženy mají vyšší míru duševní gramotnosti než muži.

Tyto předpoklady vychází z výzkumů potvrzující souvislost duševní gramotnosti s tendencí vyhledat odbornou pomoc a ochotou říct si o pomoc (Lee, et al., 2020; Coates, et al., 2019; Jorm, 1997). Současně se opíráme o výzkum (a částečně se pokoušíme o rozšíření poznatků v této problematice), který potvrzuje vztah mezi duševní gramotností a adaptivními (pozitivními) copingovými strategiemi (Carvalho & Dias, 2021). Mnoho výzkumů ukázalo, že v jednotlivých věkových kategoriích jsou různé rozdíly mezi muži a ženami. Ženy disponují častěji vyšší duševní gramotností než muži a jsou rovněž ochotnější vyhledat pomoc (Cotton, et al., 2006; Lee, et al., 2020; Furnham, et al., 2014). Nejde však o zcela jednoznačný výsledek, neboť některé studie nenarazily na významné rozdíly mezi pohlavími. My tyto souvislosti chceme prozkoumat hlouběji v konkrétním období vynořující se dospělosti, ale opíráme se přitom o uvedená dosavadní zjištění.

6 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

V této kapitole definujeme zkoumanou populaci, která nás v praktické části práce bude zajímat, přičemž budeme čerpat z teoretických východisek popsaných v první kapitole této práce. Následně vymezíme kritéria pro výběr respondentů do výzkumu, popíšeme použité metody výběru respondentů, a konečně popíšeme jednotlivé charakteristiky získaného výzkumného souboru. V poslední kapitole se věnujeme etice výzkumu této práce.

6.1 Definování zkoumané populace

Zkoumaná populace, tedy všichni jedinci, na něž je náš výzkum cílen (Ferjenčík, 2000), jsou všichni občané České republiky ve věku 18 až 25 let, kteří jsou aktuálně studenty jakékoliv z českých škol, spadajících pod sekundární a terciární vzdělávání (tedy gymnázia, střední odborné školy, střední odborná učiliště, konzervatoře a univerzity). Tato diplomová práce se zaměřuje na specifickou populaci ve vývojovém období tzv. vynořující se dospělosti. Když navážeme na teoretická východiska, připomeňme, že jedním ze znaků vynořující se dospělosti je stále jistá míra závislosti na primární rodině, a to zejména finanční (Arnett, 2002; Macek, 2003). Proto jsme tento výzkum soustředili výhradně na studenty. Samozřejmě není neobvyklé, že studenti pracují i při studiu. Pro účely této práce je však důležité, že jedinec je studentem, a nejedná se o práci na plný úvazek.

Podle dat Českého Statistického Úřadu bylo ve školním, akademickém roce 2022/2023 v České republice 463 200 středoškoláků, 340 500 vysokoškoláků, 20 600 studentů vyšších odborných škol a 3800 studentů konzervatoří (Český statistický úřad, 2024). Tyto statistiky však zahrnují i žáky a studenty škol mimo naše požadované věkové rozmezí 18-25 let. Takto specifická data jsme v dostupných zdrojích nenašli.

Na základě zjištěných informací o zkoumané populaci jsme uvažovali nad požadovanou velikostí výběrového souboru. Národní knihovna ČR (2021) uvádí, že pro celorepublikové výzkumy je dostačující počet respondentů přibližně tisíc a více. Pro výzkumy na úrovni kraje je vhodné získat minimálně 500 respondentů. Po zvážení finančního a časového hlediska jsme si stanovili cíl, který se nám zdál realizovatelný, a to získat 800 respondentů, přičemž jsme se chtěli pokusit o získání stejného počtu žen i mužů.

6.2 Kritéria výběru účastníků výzkumu

Prvním kritériem výběru účastníků výzkumu pro tuto práci byl **věk 18 až 25 let včetně**. Z toho současně vyplývá **kritérium plnoletosti**, což v mnohém usnadnilo administraci testové baterie online formou. Od studentů mladších 18 let bychom požadovali informovaný souhlas zákonného zástupce, což by mohlo být poměrně problematické. Toto specifické věkové rozmezí bylo zvoleno na základě teoretických východisek týkajících se tématu pozdní adolescence, rané dospělosti a vynořující se dospělosti, které diskutujeme v první kapitole teoretické části práce (Langmeier & Krejčířová, 2006; Sobotková, 2014; Erikson, 1996).

Do výzkumu jsme zařadili pouze **studenty** gymnázií, středních odborných škol, středních odborných učilišť, konzervatoří a vysokých škol České republiky, kteří jsou **aktuálně studující**. K tomuto účelu sloužila jedna z položek úvodního dotazníku, zjišťujícího demografické údaje. Pokud respondent uvedl, že je absolventem školy a aktuálně je již pracující, byl z výzkumu vyřazen.

Další podmínkou pro účast byla **česká národnost** participantů, neboť by bylo bezpředmětné porovnávat mezi sebou jedince z jiných sociokulturních prostředí. Rovněž máme dostupné normy pro českou populaci k dotazníku SVF 78, a byl proveden převod metody MHL-S do českého jazyka.

6.3 Metody výběru účastníků výzkumu

Dotazník základních demografických údajů spolu s SVF 78 a MHL-S byly vyplňovány online formou prostřednictvím URL odkazu, přes webovou aplikaci Google Forms, jež jsme považovali za adekvátní a dostatečně přehlednou. Rovněž umožňuje sesbírat data v anonymizované podobě.

Tento odkaz byl umístěn na sociální síť Instagram a Facebook. Na Facebooku konkrétně byl odkaz sdílen ve velkém množství různých veřejných studentských skupin, co se týče zájmů, města bydliště, či oboru studia. Byl umístěn i na oficiální Facebookové stránky kateder některých českých univerzit či fakult. Lidé byli vyzváni k dalšímu sdílení a poskytnutí odkazu někomu ve svém okolí, který by splňoval kritéria pro účast ve výzkumu. Jsme si vědomi toho, že tyto metody výběru účastníků výzkumu, tedy **samovýběr** a **metoda sněhové koule**, jsou nepravděpodobnostní, a tedy i nevhodné pro kvantitativní typ výzkumu. S tím souvisí možné zkreslení a snížení reprezentativnosti vůči zkoumané populaci. Jelikož

však byla data sbírána online formou, rozhodli jsme se tyto metody přeci jen využít i přes tato rizika. Abychom se však pokusili alespoň o částečné zmírnění zkreslení, použili jsme pro sběr dat tzv. **skupinový výběr** (Miovský, 2006). Rozhodli jsme se oslovit z každého kraje jednu univerzitu (děkany jednotlivých fakult a vedoucí kateder), a současně několik náhodně vybraných středních škol či gymnázií. Ty byly vybrány a vyhledány skrze webové stránky *Atlas školství*. Zde byl náhodně vylosován určitý počet okresů v daném kraji, a poté náhodně vylosováno několik škol v každém okresu. Vedení těchto škol bylo kontaktováno emailovou komunikací s žádostí o distribuci dotazníku mezi studenty v námi požadovaném věkovém rozmezí (tedy u sekundárního vzdělávání šlo o studenty starší 18 let, u terciárního šlo o studenty 18-25 let, tedy většinu studujících). Tímto jsme alespoň z části chtěli předejít poměrně vysoké míře zkreslení a nereprezentativnosti vůči zkoumané populaci, která by nastala, pokud bychom využili pouze metodu sněhové koule a samovýběr.

6.4 Popis výzkumného souboru

Výzkumu se původně zúčastnilo **926 respondentů**. Z několika důvodů jsme však **89 z nich museli vyřadit**. 33 participantů bylo vyřazeno, jelikož uvedlo, že aktuálně již nestudují, ale jsou pracující. Zbylých 56 jedinců nesplňovalo požadované věkové rozmezí 18-25 let, anebo ani jedno z kritérií. Výsledný výběrový soubor tedy tvořilo **837 respondentů**, konkrétně **618 žen a 219 mužů**. Průměrný věk byl 21,61 let se směrodatnou odchylkou (SD) 1,83. U mužů byl průměrný věk 22,01 let s SD 1,88, a u žen 21,47 let s SD 1,81. Pro větší přehlednost a názornost těchto číselných charakteristik souboru přikládáme následující tabulku. Dále také uvádíme zastoupení pohlaví ve dvou zkoumaných skupinách, tedy ve skupině se zkušeností s odbornou pomocí v oblasti duševního zdraví, a ve skupině bez této zkušenosti.

Tabulka 1: Výsledky deskriptivních charakteristik souboru mužů a žen z hlediska věku

Skupina	Muži	Ženy	Celkem
N	220	617	837
MIN	19	18	18
MAX	25	25	25
M let	22,01	21,47	21,61
SD	1,88	1,81	1,83

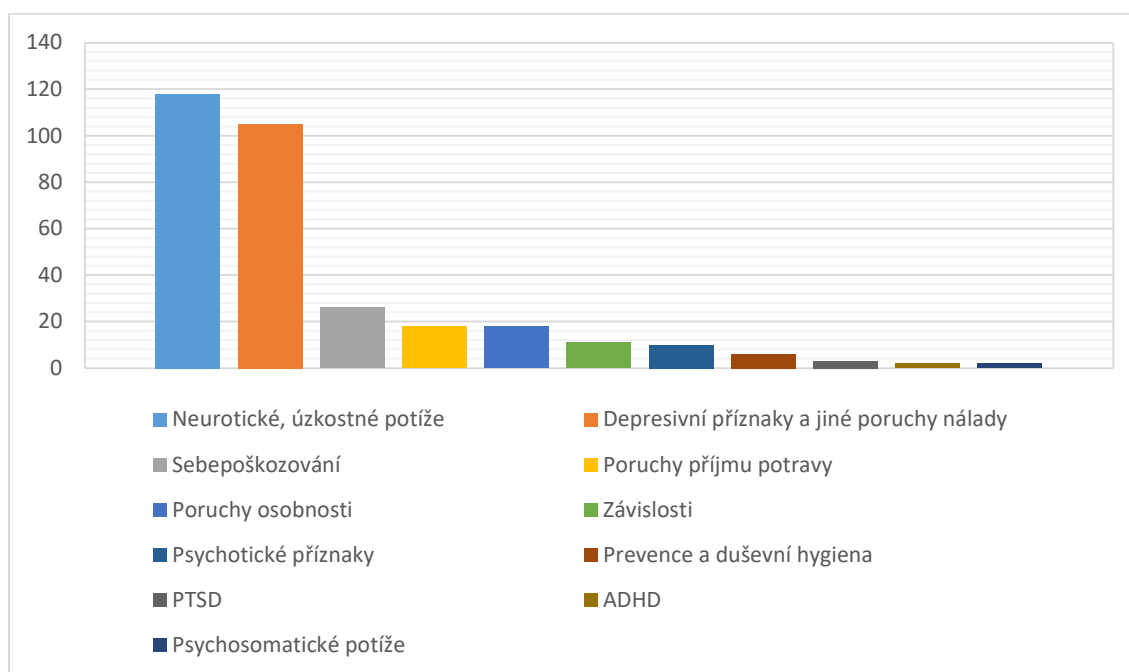
Pozn.: N = počet respondentů; MIN = minimální věk respondentů; MAX = maximální věk respondentů; M let = průměrný věk respondentů; SD = směrodatná odchylka

Tabulka 2: Rozdělení souboru dle zkušenosti s vyhledáním odborné pomoci v oblasti duševního zdraví (OP)

Skupina	Se zkušeností s OP	Bez zkušenosti s OP
N muži	75	145
N ženy	289	328
N celkem	363	474

Z uvedené tabulky vyplývá, že více než polovina respondentů nemá za dosavadní život ani jednu zkušenost s vyhledáním odborné pomoci (tedy psychologa, psychiatra či psychoterapeuta), což mimochodem odpovídá výsledkům studie NÚDZ (2021). Dále jsme se účastníků výzkumu ptali, zda aktuálně navštěvují odborníka na duševní zdraví, a případně jaké problematiky se to týká. Výsledky korespondují s daty zjištěnými předchozími českými i zahraničními výzkumy (ČT24, 2024; WHO, 2022, Kézrová, 2021). 160 respondentů aktuálně pravidelně dochází k odborníkovi. Četnosti potíží, s nimiž se respondenti potýkají, zachycuje následující graf. Lidé měli možnost podat více odpovědí.

Graf 1: Četnosti jednotlivých psychických obtíží uváděných respondenty



Nejčastějšími uváděnými psychickými potížemi našich respondentů byly neurotické potíže (118 případů ze 160) a depresivní příznaky (105), stejně jako se ukazuje i v jiných výzkumech z oblasti duševního zdraví v této věkové kategorii (NÚDZ, 2021; Kézrová, 2021; WHO, 2023). Ve 26 případech bylo uvedeno sebepoškozování, v 18 případech

poruchy příjmu potravy a poruchy osobnosti. 11 respondentů uvedlo, že odborníka navštěvuje z důvodu závislosti, 10 jedinců trápí psychotické příznaky. Někteří participanti (6) využívají odbornou péči jakožto formu prevence a psychohygieny. Mezi další uvedené potíže patřila posttraumatická stresová porucha, hyperkinetická porucha či psychosomatické potíže. Někteří respondenti uváděli velmi specifické problémy, ty jsme však pro zjednodušení zařadili do uvedených kategorií. 103 respondentů ze 160 přitom uvedlo 2 či více oblastí, s nimiž odborníka na duševní zdraví navštěvují.

V následující tabulce poskytujeme informace týkající se kraje trvalého bydliště respondentů a dále tabulku rozdělující soubor dle aktuálně nejvyššího dosaženého vzdělání.

Tabulka 3: Rozdělení výzkumného souboru dle krajů (trvalého bydliště)

Kraj	N
Olomoucký	89
Moravskoslezský	81
Zlínský	69
Jihomoravský	250
Vysočina	44
Pardubický	30
Královéhradecký	18
Liberecký	10
Karlovarský	17
Plzeňský	48
Jihočeský	49
Ústecký	59
Středočeský	31
Hlavní město Praha	42
Celkem	837

Tabulka 4: Rozdělení souboru dle aktuálně nejvyššího dosaženého vzdělání

Vzdělání	N
Základní	14
Středoškolské	628
Vyšší odborné	8
VŠ bakalářské	167
VŠ magisterské	20
Celkem	837

6.5 Etické hledisko a ochrana soukromí

Etická stránka výzkumu byla ošetřena tím způsobem, že před spuštěním online dotazníku byli všichni respondenti informováni o zaručení anonymního nakládání se svěřenými informacemi. Účastníkům výzkumu bylo v krátkém úvodním textu představeno téma diplomové práce, a byli seznámeni s cíli výzkumu a účely sběru dat. S tímto záměrem jsme také data sesbírali, důkladně uschovali a zpracovali. Kromě některých demografických údajů (uvedených v kapitole) jsme po respondentech nepožadovali žádné osobní ani citlivé údaje, které by jakkoliv porušily jejich anonymitu.

7 PRÁCE S DATY A PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Cílem této kapitoly je seznámit čtenáře s použitými metodami zpracování a analýzy dat. Dále poskytnout čtenáři přehled zjištěných výsledků pro každou hypotézu vztahující se k našim výzkumným cílům.

7.1 Metody zpracování a analýzy dat

Data výzkumného souboru byla získána prostřednictvím internetové aplikace Google Forms, a následně přenesena do programu Microsoft Excel aplikace Microsoft 365, kde poté probíhalo jejich potřebné kódování a úpravy – vyřazení již zmíněných 89 jedinců nedodržujících kritéria, převedení textových odpovědí na číselné, prepólování reverzně skórovaných položek dotazníku MHL-S a výpočet hrubého skóru pomocí metody prostého součtu. Tato data byla uložena na zabezpečeném úložišti. Následovalo statistické zpracování dat pomocí programu Statistica 14. Před samotným testováním statistických hypotéz jsme zkoumali, zda mají pozorované proměnné normální rozdělení pomocí zobrazení histogramů. Zajímaly nás tedy výsledné skóry subtestu pozitivní strategie zvládnání zátěže a negativní strategie zvládnání zátěže dotazníku SVF 78 a výsledné skóry Škály duševní gramotnosti MHL-S. Tvar histogramu u všech proměnných připomínal normální rozdělení. Testování všech pěti hypotéz bylo tedy provedeno pomocí parametrických metod. Konkrétně jsme zvolili Pearsonův korelační koeficient pro hypotézy H1, H2, H3 a H4. Pro zpracování a analýzu dat k hypotézám H5 a H6 jsme použili Welchův test, jelikož není vázán podmínkou stejných rozptylů. Jako ukazatel míry účinku bylo zvoleno Cohenovo d . Všechny jednotlivé hypotézy byly testovány na stanovené hladině významnosti $p < 0,05$.

7.2 Prezentace výsledků

V následující části se věnujeme statistickým hypotézám a jejich výsledné platnosti či zamítnutí podle získaných dat.

7.2.1 První výzkumný cíl

Prvním výzkumným cílem bylo **prozkoumat souvislost mezi mírou duševní gramotnosti a volbou copingových strategií ve vymořující se dospělosti, a jak se síla tohoto vztahu liší v závislosti na pohlaví.**

Mírou duševní gramotnosti se rozumí výsledný skóre na Škále duševní gramotnosti (MHL-S). Minimální možný skóre v tomto dotazníku byl 35 bodů, maximální 160. Volbou copingových strategií je myšlen počet bodů v dotazníku Strategie zvládání stresu (SVF 78), konkrétně v každém z jeho obou subtestů zvláště – pozitivní strategie (POZ 1, POZ 2 a POZ 3) a negativní strategie (NEG) zvládání zátěže. Minimální možný skóre v obou subtestech tohoto dotazníku je 0 bodů, maximální počet bodů v subtestu pozitivních strategií zvládání stresu byl 168, u negativních strategií bylo možné dosažené maximum 96 bodů.

Pro tento výzkumný cíl byly formulovány a dále ověřovány následující hypotézy:

- **H1:** Čím vyšší míru duševní gramotnosti jedinec má, tím více využívá pozitivní copingové strategie.

Analýza dat pro ověření platnosti této hypotézy byla provedena na celém výzkumném souboru (tedy $N = 837$). Mezi mírou duševní gramotnosti (MHL-S) a pozitivními copingovými strategiemi (SVF 78) jsme našli **signifikantní vztah**, $r(835) = -0,10$; $p = 0,003$. Tento vztah je však velmi slabý, a v opačném směru, než jsme předpokládali. **Na základě těchto výsledků tedy nulovou hypotézu nezamítáme a alternativní hypotézu nemůžeme přijmout.**

- **H2:** Souvislost duševní gramotnosti a pozitivních copingových strategií se bude lišit v závislosti na pohlaví.

Analýza dat pro ověření platnosti této hypotézy byla provedena na celém výzkumném souboru (tedy $N = 837$). Mezi mírou duševní gramotnosti a pozitivními copingovými strategiemi jsme ani v jedné skupině nenalezli statisticky významný vztah. V obou skupinách se navíc výsledky chovaly v opačném směru, než jsme předpokládali. **Na základě těchto výsledků tedy nulovou hypotézu nezamítáme a alternativní hypotézu nemůžeme přijmout.**

- **H3:** Čím vyšší míru duševní gramotnosti jedinec má, tím méně využívá negativní copingové strategie.

Analýza dat pro ověření platnosti této hypotézy byla provedena na celém výzkumném souboru (tedy $N = 837$). Výsledky získané pomocí testu Pearsonova korelačního koeficientu hypotézu **H3** nepotvrzují $r(835) = 0,08$; $p = 0,028$. Výsledek je **signifikantní**, avšak zjištěný vztah mezi proměnnými je velmi slabý. Výsledky se chovají v opačném směru, než jsme předpokládali. **Nulovou hypotézu tedy nezamítáme a alternativní hypotézu nemůžeme přijmout.**

- **H4:** Souvislost duševní gramotnosti a negativních copingových strategií se bude lišit v závislosti na pohlaví.

Analýza dat pro ověření platnosti této hypotézy byla provedena na celém výzkumném souboru (tedy $N = 837$). Výsledky získané pomocí testu Pearsonova korelačního koeficientu hypotézu **H4** nepotvrzují. Ani v jedné skupině nebyl nalezen statisticky významný rozdíl. **Na základě těchto výsledků tedy nulovou hypotézu nezamítáme a alternativní hypotézu nemůžeme přijmout.**

Tabulka 5: Výsledky korelace škály pozitivních copingových strategií (CS) a škály negativních copingových strategií (CS) dotazníku SVF 78 se Škálou duševní gramotnosti (MHL-S) – výsledky jsou uvedeny zvlášť pro muže, pro ženy a pro celý výzkumný soubor

Proměnné	N	r	p	t
Pozitivní CS a MHL	837	-0,1	0,003	-2,95
Negativní CS a MHL	837	0,08	0,028	2,2
Pozitivní CS a MHL (muži)	220	-0,09	0,197	-1,29
Negativní CS a MHL (muži)	220	0,12	0,072	1,81
Pozitivní CS a MHL (ženy)	617	-0,07	0,076	-1,78
Negativní CS a MHL (ženy)	617	0,01	0,848	0,19

Pozn.: N = počet pozorování, r = hodnota Pearsonova korelačního koeficientu, p = p-hodnota, t = testová statistika

7.2.2 Druhý výzkumný cíl

Druhým výzkumným cílem bylo **zmapovat, jak se liší míra duševní gramotnosti mezi muži a ženami.**

Pro tento výzkumný cíl byla formulována následující hypotéza:

- **H6:** Ženy mají vyšší míru duševní gramotnosti než muži.

Analýza dat pro ověření platnosti této hypotézy byla provedena na celém výzkumném souboru (tedy muži: N = 220, ženy: N = 617). Výsledky byly zjišťovány použitím zmíněného Welchova testu. Mezi skupinou žen a skupinou mužů byl nalezen **velmi vysoce signifikantní** rozdíl v míře duševní gramotnosti. Míra účinku, Cohenovo d, však naznačuje malou velikost efektu. Přes to však na základě těchto zjištěných výsledků **zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu.**

Tabulka 6: Srovnání průměrných skóre Škály duševní gramotnosti (MHL-S) u skupiny žen a u skupiny mužů

Škála	M		SD		t	s. v.	p	míra účinku
	muži	ženy	muži	ženy				
MHL-S	119,95	124,35	11,94	10,54	-4,83	348,11	<0,001	-0,38

Pozn.: M = průměrný skór, SD = směrodatná odchylka. Sloupec t obsahuje hodnotu testové statistiky Welchova testu, s.v. značí stupně volnosti, mírou účinku se rozumí Cohenovo d, tedy rozdíl průměrů vydělený společnou směrodatnou odchylkou

7.2.3 Třetí výzkumný cíl

Třetím výzkumným cílem bylo **zjistit, zda zkušenost s návštěvou odborníka na duševní zdraví souvisí také s vyšším povědomím o problematice duševního zdraví a nemoci.** Jako zkušenost s návštěvou odborníka na duševní zdraví považujeme minimálně jednu návštěvu psychologa, psychiatra či psychoterapeuta za dosavadní život. Povědomí o problematice duševního zdraví a nemoci opět představuje výsledný skór na Škále duševní gramotnosti (MHL-S).

Pro tento výzkumný cíl byla formulována a dále ověřována následující hypotéza:

- **H5:** Jedinci, kteří mají minimálně jednu zkušenost s návštěvou odborníka na duševní zdraví budou mít vyšší míru duševní gramotnosti než jedinci, kteří tohoto odborníka nenavštívili ani jednou.

Analýza dat pro ověření platnosti této hypotézy byla provedena na celém výzkumném souboru (tedy jedinci se zkušeností: N = 363, bez zkušeností: N = 474). Výsledky byly zjišťovány použitím zmíněného Welchova testu. Mezi skupinou bez zkušeností s odbornou pomocí a skupinou s touto zkušeností byl nalezen **velmi**

vysoce signifikantní rozdíl v míře duševní gramotnosti. Míra účinku, Cohenovo *d*, naznačuje silný efekt. Na základě těchto zjištěných výsledků **zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu.**

Tabulka 7: Srovnání průměrných skóre Škály duševní gramotnosti (MHL-S) u skupiny respondentů se zkušeností s vyhledáním odborné pomoci (s OP) a u skupiny respondentů bez zkušeností s vyhledáním odborné pomoci (bez OP)

Škála	M		SD		t	s. v.	p	míra účinku
	s OP	bez OP	s OP	bez OP				
MHL-S	127,43	119,94	10,66	10,29	-10,23	767,09	<0,001	0,71

*Pozn.: M = průměrný skór, SD = směrodatná odchylka. Sloupec t obsahuje hodnotu testové statistiky Welchova testu, s.v. značí stupně volnosti, mírou účinku se rozumí Cohenovo *d*, tedy rozdíl průměrů vydělený společnou směrodatnou odchylkou*

8 DISKUSE

V následujících odstavcích kriticky zhodnotíme výsledky výzkumu této práce a porovnáme je s pracemi jiných autorů. Popíšeme limity a přínosy našeho výzkumu, a také uvedeme doporučení pro budoucí výzkumnou práci na tuto či podobnou tematiku.

Cílem této magisterské diplomové práce bylo prozkoumat souvislost mezi mírou povědomí o problematice duševního zdraví a nemoci, tedy duševní gramotnosti (Kutcher et al., 2016), a volbou specifických strategií zvládání zátěže a stresu, tedy copingových strategií (Křivohlavý, 1994), ve vynořující se dospělosti. Zajímalo nás, zda duševní gramotnost hraje nějakou roli ve způsobu zvládání zátěže. Zda jedinec využívá tyto poznatky v praxi. Tuto souvislost jsme chtěli dále porovnat mezi skupinou mužů a žen. Dalším výzkumným cílem práce bylo zmapovat, jak se tyto dvě skupiny liší v samotné míře duševní gramotnosti. A v neposlední řadě nás zajímala souvislost duševní gramotnosti se zkušeností s vyhledáním odborné pomoci v oblasti duševního zdraví.

Jako kritérium zařazení jedince do skupiny se zkušeností s odbornou pomocí byla alespoň jedna zkušenost (tedy návštěva či sezení u psychologa, psychiatra či psychoterapeuta). Považovali jsme minimálně jednu zkušenost za adekvátní požadavek, neboť se domníváme, že dostačujícím způsobem vypovídá o míře informovanosti o dostupnosti odborné péče na duševní zdraví. Zároveň jsme toho názoru, že minimálně jedna tato zkušenost dostatečně vypovídá o ochotě a schopnosti říct si o pomoc a vyhledat ji. Toto chování, tedy tzv. *help-seeking behavior* podle některých výzkumů souvisí s mírou duševní gramotnosti (Givens, et al., 2007; Gonzalez, et al., 2011; Jang, et al., 2011; Jung, et al., 2017). Chtěli jsme tuto souvislost více prozkoumat ve specifickém období vynořující se dospělosti. To jsme na základě rešerše dostupné literatury a teoretických východisek vymezili věkem 18 až 25 let včetně (Langmeier & Krejčířová, 2006; Sobotková, 2014).

První výzkumný cíl se týkal prozkoumání souvislosti mezi mírou duševní gramotnosti a volbou copingových strategií ve vynořující se dospělosti. Duševní gramotnost představoval dosažený skóre na Škále duševní gramotnosti (MHL-S), a typ copingových strategií reprezentoval počet bodů získaných na škále pozitivních a negativních strategií zvládání stresu dotazníku SVF 78. Netýkal se tedy třetí, singulární škály tohoto dotazníku (jsou to strategie, které se nedají zařadit výhradně pod pozitivní ani negativní strategie), kterou ani autoři dotazníku nezahrnují do vyhodnocovacího listu. Tyto škály se většinou zohledňují při výpočtu a interpretaci individuálních výsledků (Švancara, 2003). Tyto

zjištěné korelace jsme srovnali mezi skupinou mužů a skupinou žen, s cílem zjistit, zda bude nalezena statisticky významná souvislost mezi proměnnými s ohledem na pohlaví. Pro tento cíl byly formulovány čtyři hypotézy, z nichž ani jedna nebyla přijata. V případě první a třetí hypotézy byla zjištěna statisticky významná souvislost, avšak výsledky se chovaly v opačném směru, než jsme předpokládali. Síla tohoto vztahu mezi proměnnými byla malá. Ani při rozdělení výzkumného souboru na skupinu mužů a žen zjištěné výsledky nepodporovaly hypotézy H2 a H4. Tyto výsledky tedy nejsou v souladu s teoretickými východisky, které uvádíme v teoretické části této práce (Woloshyn & Savage, 2018; Carvalho & Dias, 2021; Ayiro, 2023; Song, et al. 2023; Lee, et al., 2020; Coates, et al., 2019; Jorm, 1997). Napadá nás více možných vysvětlení tohoto jevu, avšak jsme si vědomi toho, že vlivem slabé souvislosti proměnných je lze interpretovat jen velmi omezeně a s jistou dávkou opatrnosti. Je možné, že existuje nějaká skrytá proměnná, která ovlivňuje tento vztah mezi duševní gramotností a (pozitivními či negativními) copingovými strategiemi, kterou jsme v tomto výzkumu nezahrnuli či zanedbali v teoretické části práce. Jak jsme již v teoretické části uvedli, copingové strategie souvisí s mnoha dalšími proměnnými, které se týkají především osobnosti jejího nositele (Melendez, et al., 2019; Fraser & Pakenham, 2009; Ahern, et al., 2008; Anderson, 1997; Petrosky & Birkimer, 1991; Williams, et al., 1992). Podobně jako míra MHL se mezi lidmi různí v závislosti na dalších faktorech (Givens, et al., 2007; Gonzalez, et al., 2011; Jang, et al., 2011; Jung, et al., 2017).

Je tedy možné, že každý člověk individuálně naloží s podobnou úrovní duševní gramotnosti, a hrají zde roli i další vlivnější faktory. Jedinec může být v této oblasti informovaný a poučený, nemusí to ale nutně znamenat, že tyto informace použije v praxi. Vztah mezi těmito zkoumanými proměnnými nebude tak přímočarý, jak jsme mylně vytyčili v cílech praktické části této práce. Dále je pravděpodobné, že náš výzkumný soubor obsahuje nějaké skryté podskupiny respondentů, u nichž by byl vztah mezi těmito proměnnými silnější, pokud bychom je ve výzkumu zohlednili. Chybu nevnímáme ani tak v rozsahu výzkumného souboru, neboť ten považujeme za dostatečný. Avšak jeho vadou je zřejmě značná nereprezentativnost vůči zkoumané populaci, neboť jsme použili i nepravděpodobnostní metody získávání účastníků výzkumu (Miovský, 2006). To by mohlo být dalším důvodem ovlivňujícím povahu zjištěných výsledků. Vliv případné skryté proměnné by současně mohl souviset s nereprezentativností našeho výzkumného souboru (například rozdíl mezi obory studia, rozdíly dle velikosti místa bydliště apod.). Již v úvodu empirické části jsme uváděli, že jsme si vědomi možných zkreslení vlivem nevhodných metod výběru účastníků výzkumu, avšak vzhledem k podmínkám, které autorka práce měla

(a tedy z důvodu administrace testové baterie v online prostředí), byly tyto metody zvoleny i navzdory tomuto riziku. Potíž může spočívat i přímo v povaze zvolených metod získávání dat. Jednak v délce testové baterie, která dohromady čítala 121 položek, včetně úvodních dotazů na demografické údaje. Mohla se tedy například některým respondentům zdát příliš dlouhá či časově náročná, přestože pilotní testování ukázalo, že doba potřebná pro vyplnění je přibližně 15 minut. A tedy ovlivnila pečlivost při vyplňování dotazníku. Současně jsme si vědomi skutečnosti, že sebeposuzovací dotazníky nemusí vypovídat o reálné míře duševní gramotnosti a copingových strategií respondentů. Jak mnozí autoři uvádí, copingové strategie jsou velmi rozmanité a specifické a jsou vázané na osobnost člověka (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Holahan & Moos, 1987; Paez, et al., 1995; Paez, et al., 1999; Moradi, et al., 2011). Mohlo by být tedy pro příští výzkumy v této oblasti vhodnější použít jiné metody, které měří tyto proměnné z ještě více úhlů, či z více praktického pohledu.

Druhý výzkumný cíl se týkal zmapování rozdílu mezi skupinou mužů a skupinou žen v míře jejich duševní gramotnosti. Srovnávali jsme je tedy v počtu dosažených bodů na Škále duševní gramotnosti (MHL-S). Pro tento výzkumný cíl byla zformulována jedna hypotéza, která byla následně přijata. Nalezli jsme statisticky významný rozdíl mezi skupinami v míře jejich duševní gramotnosti. Hodnota Cohenova d byla však poměrně nízká. Tedy i praktický význam tohoto rozdílu může být omezený. Výsledky můžeme chápat tak, že duševní gramotnost souvisí s pohlavím jedince, avšak tento vztah není příliš silný. Interpretovat tyto výsledky lze tedy opět velmi obtížně. Je možné, že existuje nějaká skrytá proměnná, která ovlivňuje tento vztah mezi pohlavím a duševní gramotností. Předchozí výzkumy našly rovněž korelaci mezi pohlavím a MHL, tedy přinesly poznatek, že ženy mají vyšší míru duševní gramotnosti (Holzinger, et al., 2011; Lee, et al., 2020; Cotton, et al., 2006; Furnham, et al., 2014). Holzinger et al. (2011) však naznačuje, že by souvislost mezi MHL a pohlavím mohla být předmětem dalšího podrobnějšího zkoumání.

Pro třetí výzkumný cíl – tedy zjištění, zda zkušenost s návštěvou odborníka na duševní zdraví souvisí s vyšší mírou duševní gramotnosti – byla zformulována jedna hypotéza, která byla přijata. Analýza dat pro ověření platnosti hypotézy H5 potvrdila velmi vysoce signifikantní rozdíl mezi těmito skupinami v míře jejich duševní gramotnosti. Míra účinku (Cohenovo d) naznačuje, že velikost tohoto rozdílu je značná. Tyto výsledky korespondují s předchozími zjištěními (Givens, et al., 2007; Gonzalez, et al., 2011; Jang, et al., 2011; Jung, et al., 2017). Tento vztah musíme samozřejmě chápat obousměrně, neboť se nejedná o vztah kauzální. Můžeme tedy říci, že jedinci navštěvují odborníka na duševní

zdraví, neboť jsou v této oblasti informováni a poučeni, ví o možnostech léčby, prevence a podobně. Zároveň jsou tedy i ochotnější tuto pomoc vyhledat. Naopak lze říci, že právě díky účinkům psychoterapie či péče odborníka na duševní zdraví se právě člověk stává současně i více duševně gramotným (a to i v případě, když se k odborníkovi dostane například nedobrovolně). Více o tomto vztahu říci s jistotou nelze.

Celkově bychom tedy limity tohoto výzkumu mohli shrnout do několika hlavních bodů. Potíž může spočívat v samotné rešerši dostupné literatury, nebo spíše v nedostatku zdrojů, z nichž jsme mohli pro tento výzkum čerpat. Jak jsme již zmínili víckrát napříč textem, existuje málo výzkumů, které by zkoumaly tuto specifickou souvislost, a to zejména v českém prostředí. V České republice navíc neexistuje standardizovaná dotazníková metoda měřící míru duševní gramotnosti u dospělé populace. Z toho důvodu byla do českého jazyka převedena australská metoda MHL-S. Tento převod metody neznamená její standardizaci, je tedy možné, že i její položky mají v českých podmínkách trochu odlišný význam než v kultuře australské (Dostál, 2021). Při výběru vhodné metody se nám zdála adekvátní, avšak přesto by bylo vhodné zkonstruovat MHL škálu pro českou populaci. Považujeme totiž za velmi užitečné mít přehled o tom, jak jsou obyvatelé České republiky v této problematice vzdělaní a kompetentní. Tyto poznatky by mohly přispět k tomu, aby bylo přivedeno více pozornosti k tomuto tématu, a k vypracování většího množství preventivních programů a opatření v oblasti duševního zdraví. Pokud bychom věděli, kde povědomí společnosti o duševním zdraví jaksi „pokulhává“, mohlo by to přispět ke zpřesnění těchto aktivit. Bylo by pak možné cílit na konkrétní obtíže či rozvoj specifických dovedností tak, aby každý jedinec byl schopnější pomoci sobě nebo někomu ve svém okolí. Jak jsme totiž již v úvodu práce uvedli, psychologů a psychiatrů (a to zejména těch dětských) je v Česku akutní nedostatek. Investice do primární prevence by tedy mohla sejmut břemeno odborníků, kteří pomyslně „hasí požár“ (Synčák, 2023; Kroc & Stuláková, 2023; Saadouni, 2012; Mačí, 2022). Současně jsou MHL-S i SVF 78 dotazníky sebesupozovacími, tedy se dozvíme pouze ty informace, které je jedinec ochoten sdělit. V případě copingových strategií nás napadá i scénář, kdy se jedinec stydí či si nepřipouští použití negativní copingové strategie, a tak v odpovědích uvádí pozitivní strategie, jakožto projev sociální desirability. Bylo by vhodné tuto proměnnou měřit lepším způsobem, který má praktický přesah a zároveň postihuje širší repertoár těchto strategií. Podobného názoru jsou i samotní autoři dotazníku SVF 78, Janke a Erdmanová (2003). Co se týče duševní gramotnosti, rovněž nemůžeme s jistotou vědět, jak v praxi člověk naloží i se sebevětší znalostí této problematiky.

Další problém může spočívat ve výzkumném souboru – tedy konkrétně v metodách sběru dat, jehož vlivem jsme získali zřejmě nereprezentativní soubor (mimo jiné i nepoměr v počtu mužů a žen). Zde pak může hrát roli řada proměnných, které ovlivňují výsledky měření. Současně je možné, že jsme nějakou proměnnou zanedbali na základě teoretických východisek. Souvislost copingových strategií s MHL byla zjišťována mezi jedinci v období vynořující se dospělosti. Je tedy možné, že je tato zkoumaná populace natolik specifická, že ovlivnila povahu zjištěných dat. Znovu však podotýkáme, že na základě takto slabých korelací žádné závěry nemůžeme s jistotou vyvodit.

Pro příští výzkumy v této oblasti bychom tedy doporučili zaměřit se na další proměnné, které mohou vstupovat do vztahu mezi duševní gramotností a využívanými copingovými strategiemi. Dále by bylo užitečné buďto provést standardizaci některé ze zahraničních škál MHL pro českou populaci, či vytvořit takový nástroj specifický pro naše podmínky a potřeby.

9 ZÁVĚR

Tato diplomová práce si vytyčila cíl prozkoumat souvislost mezi mírou duševní gramotnosti a specifickými copingovými strategiemi mezi studenty ve věku 18 až 25 let, které na základě teoretických východisek spadá do období tzv. vynořující se dospělosti. Celá studie je kvantitativní povahy, s využitím dotazníkového šetření. Byly použity metody SVF 78 a MHL-S. Druhá z metod, tedy Škála duševní gramotnosti byla autorkou přeložena do češtiny. Výzkumu se zúčastnilo 837 respondentů. Získaná data byla zpracována programem Statistica 14 pomocí Pearsonova korelačního koeficientu a Welchova testu.

Hlavní výsledky této studie:

- Nebyla prokázána pozitivní korelace mezi mírou duševní gramotnosti (tedy skórem na škále MHL-S) a pozitivními copingovými strategiemi (tedy subtestem POZ dotazníku SVF 78). Výsledky byly statisticky významné, avšak v opačném směru, než bylo očekáváno a síla korelace byla velmi slabá. Tato souvislost nebyla pozorována ani při zkoumání těchto proměnných zvlášť ve skupině mužů a žen.
- Nebyla prokázána záporná korelace mezi mírou duševní gramotnosti (tedy skórem na škále MHL-S) a negativními copingovými strategiemi (tedy subtestem NEG dotazníku SVF 78). Výsledky byly statisticky významné, avšak v opačném směru, než bylo očekáváno a síla korelace byla velmi slabá. Tato souvislost nebyla pozorována ani při zkoumání těchto proměnných zvlášť ve skupině mužů a žen.
- Byl nalezen statisticky významný, avšak pouze malý rozdíl v míře duševní gramotnosti (tedy skórem na škále MHL-S) mezi skupinou mužů a žen, kdy ženy dosahovaly vyššího skóru v tomto dotazníku. To vedlo k přijetí naší původní hypotézy.
- Byl nalezen silný vysoce signifikantní rozdíl v míře duševní gramotnosti (tedy skórem na škále MHL-S) mezi skupinou respondentů, kteří mají zkušenost s odbornou pomocí na duševní zdraví, a mezi skupinou, jež tuto zkušenost nemá. Zkušenost s odbornou péčí tedy pozitivně koreluje s mírou duševní gramotnosti.

10 SOUHRN

Tato magisterská diplomová práce se zabývá vztahem mezi duševní gramotností a specifickými copingovými strategiemi ve vynořující se dospělosti. V české populaci každoročně narůstá počet (zejména mladých) lidí, kteří se potýkají s psychickými potížemi (nejvíce s úzkostí a depresí), avšak více než polovina z nich se z nějakého důvodu neléčí (Kézrová, 2021, ČT24, 2024). Současně zažíváme chronický nedostatek odborníků v oblasti péče o duševního zdraví (Synčák, 2023; Kroc & Stuláková, 2023; Saadouni, 2012; Mačí, 2022). Pandemie Covid-19 psychické potíže ještě prohloubila (NÚDZ, 2021). Začaly se tedy objevovat tendence o nápravu a diskuse o potřebnosti preventivních programů v oblasti duševního zdraví na školách. K této diskusi významně přispěl Národní monitoring duševního zdraví dětí a adolescentů realizovaný NÚDZ ve spolupráci s Českou školní inspekcí, který přinesl alarmující výsledky o stavu duševního zdraví mladých lidí (MUDr. Matěj Kučera, osobní sdělení, 10. ledna 2024). Duševní gramotnost (z angl. *Mental health literacy* – MHL) je poměrně nový vědecký koncept, a v českém prostředí až donedávna poměrně opomíjený (NÚDZ, 2023). Přitom může sloužit jako jeden z podstatných faktorů v prevenci vzniku duševních onemocnění (Kutcher et al., 2016). Dalším významným faktorem mohou být zdravé formy zvládnání všudypřítomného stresu (tedy copingové strategie), které mohou předcházet rozvoji duševní nepohody (Špatenková, 2004). V této práci nás zajímalo, zda mezi těmito dvěma konstrukty existuje nějaká souvislost, a jak se projevuje ve vynořující se dospělosti.

V teoretické části práce se zabýváme hlavními tématy, která nám pomohou proniknout hlouběji do podstaty výzkumného problému. Jednotlivá témata vždy uvádíme do širších souvislostí, abychom problematiku postihli z co nejvíce stran, a čtenář jí tak mohl lépe porozumět. První kapitola je věnována specifikům vývojového období tzv. *vynořující se dospělosti*. Nejprve krátce popisujeme periodizaci vývoje a předkládáme vícero pojetí adolescence a dospělosti od mnoha různých autorů. Charakterizujeme specifika a vývojové úkoly adolescence a dospělosti. Mezi těmito dvěma vývojovými fázemi existuje ještě tzv. období vynořující se dospělosti (angl. *emerging adulthood*) (Arnett, 2002), kdy se člověk již necítí být dítětem, ale ještě nevstoupil do plné dospělosti. Toto tzv. psychosociální moratorium má tendenci se v naší společnosti prodlužovat přibližně do věku 25 let (avšak existuje např. kulturní variabilita) (Erikson, 1996). Tento jev je vysvětlován rychlými společenskými změnami, nároky na mladé lidi, rostoucím množstvím možností a příležitostí a podobně. Je to období, kdy jedinec buďto ještě není schopen anebo ochoten

se plně zařadit mezi dospělé. Specifika tohoto vmezeřeného období nejranější dospělosti mohou vyústit až v tranzitorní krizi vynořující se dospělosti (Špatenková, 2004). Člověk si v této krizi „já“ osvojuje nejrůznější strategie k překonávání překážek. Spousta vnějších a vnitřních dějů se v člověku stabilizuje, avšak zároveň je zde zvýšené riziko projevu duševních obtíží (WHO, 2002).

Ve druhé kapitole navazujeme na zmíněná rizika období vynořující se dospělosti. Tato kapitola pojednává o duševním zdraví a nemoci. Nejprve vymezujeme pojem zdraví jako takové, a poté charakterizujeme specifika zdraví psychického, přičemž se jej snažíme vymezit vůči nemoci. Zmiňujeme důležitý poznatek, že duševní zdraví a nemoc nejsou dva opačné póly, ale spíše jedno proměnlivé kontinuum. Vždy tedy můžeme udělat něco pro své duševní zdraví, stejně tak mu můžeme i nějak uškodit (Brannon, et al., 2013; Egger, 2013; Iasiello et al., 2020). Pomyslným mostem mezi duševním zdravím a duševní nemocí, a mezi psychiatrickými pacienty a společností, je již zmíněná duševní gramotnost. Ta je popisována jakožto souhrn kompetencí a informovanosti v oblasti psychického zdraví a nemoci, psychohygieny, první pomoci, efektivní komunikaci apod. (Kutcher et al., 2016). Duševní gramotnost by měla být klíčovou kompetencí, která člověka zplnomocňuje, aby se aktivně podílel na péči o své duševní zdraví (Jorm et al., 1997; Kutcher et al., 2016). Dále se v této kapitole zabýváme různými preventivními programy v oblasti duševního zdraví v českém prostředí. Důležitou součástí jsou podkapitoly věnující se MHL v souvislosti s dalšími proměnnými. Pro tuto práci je podstatná souvislost s pohlavím (Holzinger, et al., 2011; Cotton, et al., 2006; Lee, et al., 2020; Furnham, et al., 2014) a copingovými strategiemi (Carvalho & Dias, 2021).

Třetí kapitola se věnuje copingovým strategiím. Pro lepší porozumění tématu nejprve definujeme základní pojmy – tedy stres, adaptaci a adjustaci a obranné mechanismy – a snažíme se je od sebe vzájemně odlišit. Následně se zaměřujeme na coping a druhy copingových strategií. Coping je v psychologii definován jako schopnost člověka přiměřeně se vyrovnávat s nároky, které jsou na něj kladeny, případně zvládat nadhraniční zátěže (Hartl, 2004). Nadhraniční zátěží je myšlena náročná situace, která přesahuje síly jedince a již zmíněnou míru jeho adaptačních schopností (Ficková, 1993). Jde o dynamický proces, který funguje jako behaviorální, kognitivní či sociální odpověď organismu na daný stresor (Lazarus a Folkmanová, 1984) a probíhá jako vědomá snaha o minimalizaci působení stresu na organismus (Křivohlavý, 2001). Dále se pokoušíme o přehledné rozdělení copingových strategií dle různých autorů. Pro tuto práci je podstatné dělení copingových strategií podle

Janke a Erdmanové (2003) (autorů dotazníku SVF 78) na pozitivní (ve smyslu vyšší účinnosti) a negativní (nižší účinnost). V neposlední řadě se v této kapitole věnujeme copingovým strategiím ve vztahu k dalším proměnným.

Poslední kapitola teoretické části této práce se zabývá souvislostí mezi copingovými strategiemi a duševní gramotností, a představuje tak teoretická východiska pro empirickou část. Bylo prokázáno, že MHL má pozitivní vliv na duševní zdraví, a že duševně gramotný člověk spíše vyhledá odbornou pomoc nebo ji častěji poskytne (BjØrnsen et al., 2017, 2019; Bonabi et al., 2016; Chao et al., 2020; Lam, 2014; Rusch et al., 2014). Zhou et al. (2010) poznamenává, že MHL by mohla sloužit jako podklad pro rozvoj lepší formy copingu. Autoři Lee, et al. (2020), Coates, et al. (2019) a Jorm (1997) uvádí, že MHL hraje velmi důležitou roli při copingu duševních onemocnění, a zároveň souvisí s nižší stigmatizací duševně nemocných. Při rešerši dostupných zdrojů české i zahraniční literatury jsme nenarazili na mnoho výzkumů, které by se zabývaly specifickou souvislostí mezi MHL a formou copingu. Jedna ze studií, na něž jsme přeci jen narazili přinesla, mimo jiné, zjištění, že MHL pozitivně koreluje s adaptivním copingem, a celkově má protektivní působení vůči rizikovému chování a nevhodné regulaci emocí v adolescenci. (Carvalho & Dias, 2021). Při rešerši české literatury jsme narazili spíše na studie zkoumající zdravotní gramotnost zaměřenou spíše na tělesné a komplexní zdraví. Hlavní inspirací z českého prostředí a podnětem k výzkumu byla již zmíněná tisková zpráva z Národního monitoringu duševního zdraví dětí a adolescentů. Tento výzkum pomocí screeningových metod zkoumal stav duševního zdraví nezletilých, jejich životní spokojenost, a právě duševní gramotnost. Byla prokázána souvislost mezi MHL a úrovní duševního zdraví (NÚDZ, 2023).

Výše zmíněnými poznatky jsme se inspirovali ve výzkumné části této práce. Realizovali jsme kvantitativní výzkum za využití testových metod. Konkrétně sebeopozovací dotazník Strategie zvládání stresu (SVF 78) a Škálu duševní gramotnosti (MHL-S). K postihnutí základních demografických údajů jsme vytvořili krátký strukturovaný dotazník. Výzkumu se účastnilo celkem 926 studentů gymnázií, středních odborných škol, středních odborných učilišť, konzervatoří a univerzit, z nichž 89 jsme museli vyřadit z důvodu nesplnění kritérií. Výběr účastníků výzkumu byl realizován pomocí skupinového výběru v kombinaci s metodou sněhové koule a samovýběrem (Miovský, 2006), a to z důvodu realizace výzkumu v online prostředí (k zajištění vyšší návratnosti testové baterie). Získaná data byla zpracována prostřednictvím programu Statistica 14 pomocí Pearsonova korelačního koeficientu a Welchova testu. Celkem byly stanoveny 3

výzkumné cíle a k nim vytvořeno 6 hypotéz. Ani jednu ze čtyř stanovených hypotéz pro první výzkumný cíl se nepodařilo přijmout. Nalezli jsme sice statisticky významné souvislosti mezi MHL a pozitivními a negativními copingovými strategiemi, avšak síla vztahu byla slabá, a v opačném směru, než jsme předpokládali. Ani při zkoumání souvislosti těchto proměnných zvláště v souboru mužů a žen se data nechovala v námi očekávaném směru. Zjištěné výsledky navíc v tomto případě nebyly statisticky významné.

Pro druhý výzkumný cíl byla stanovena jedna hypotéza, která byla přijata. Nalezli jsme statisticky významný rozdíl v míře duševní gramotnosti mezi pohlavími (ženy mají vyšší míru MHL než muži). Tento rozdíl však nebyl dle míry účinku příliš velký. V rámci třetího výzkumného cíle byla rovněž stanovena jedna hypotéza, která byla následně přijata. Nalezli jsme velký, vysoce signifikantní rozdíl v míře duševní gramotnosti mezi skupinou respondentů, která má zkušenost s odbornou pomocí na duševní zdraví a skupinou bez této zkušenosti (skupina se zkušeností skórovala v MHL-S výše).

V diskusi se dále věnujeme jednotlivým limitům této práce a konkrétním doporučením pro možné budoucí výzkumy na toto téma. Doporučujeme především zaměřit se na další proměnné, které mohou vstupovat do vztahu mezi duševní gramotností a využívanými copingovými strategiemi. Dále provést standardizaci některé ze zahraničních škál MHL pro českou populaci, či vytvořit takový nástroj specifický pro naše podmínky a potřeby, aby mohlo vznikat více výzkumů na toto či podobné téma.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

Ahern, N. R., Ark, P., & Byers, J. (2008). Resilience and coping strategies in adolescents – additional content. *Paediatric Care*, 20(10), S1–S8. doi:10.7748/paed2008.12.20.10.1.c.

American Psychiatric Association. (2018). What is mental illness? Dostupné z: www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness

Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of personality and social psychology*, 59(5), 1066–1074. doi: 10.1037/0022-3514.59.5.1066

Anderson, C. R. (1977). Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting: A longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 62(4), 446–451. doi: 10.1037/0021-9010.62.4.446

Arnett, J. J. (2002). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*. 55(5), 469–480. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10842426/>

Arnett, J. J. (2004). *Adolescence and Emerging Adulthood: A Cultural Approach*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Ayiro, L., Misigo, B. L., & Dingili, R. (2023, March). Stress levels, coping strategies, and mental health literacy among secondary school students in Kenya. *Frontiers in Education*. doi: 10.3389/educ.2023.1099020.

Barker, P. (2007). *Základy dětské psychiatrie*. Praha: Triton.

Baštecká, B. & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.

Baumgartner, F. (2001). Zvládání stresu – coping. In: Výrost, J., & Slaměník, I. & kol. (Ed.), *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada.

- Bjørnsen, H. N., Eilertsen, M. E. B., Ringdal, R., Espnes, G. A., & Moksnes, U. K. (2017). Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*, 17, 717. doi: 10.1186/s12889-017-4733-6.
- Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M. E. B., Ringdal, R., & Moksnes, U. K. (2019). The relationship between positive mental health literacy and mental well-being among adolescents: implications for school health services. *The Journal of School Nursing*, 20(10), 1-10. doi: 10.1177/1059840517732125.
- Blalock, J. A., & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive therapy and research*, 24, 47-65. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1005450908245>.
- Blatný, M. (2017). *Psychologie celoživotního vývoje*. Karolinum.
- Bonabi, H., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Eisele, J., Rodgers, S., Seifritz, E., Rössler, W., & Rüsch, N. (2016). Mental health literacy, attitudes to help-seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: a longitudinal study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204 (4), 321-324. doi: 10.1097/nmd.0000000000000488.
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. (2013). *Health psychology: An introduction to behavior and health (8th, end)*. Belmont, CA: Cengage.
- Carvalho, M. M. D., & Dias, M. D. L. V. (2021). Is mental health literacy related to different types of coping? Comparing adolescents, young-adults and adults correlates. doi: 10.17060/ijodaep.2021.n2.v2.2234.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267.
- Chao, H.-J., Lien, Y.-J., Kao, Y.-C., Tasi, I.-C., Lin, H.-S., & Lien, Y.-Y. (2020). Mental Health Literacy in Healthcare Students: An Expansion of the Mental Health Literacy Scale. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 948. doi: 10.3390/ijerph17030948.

Coates D, Saleeba C & Howe D. (2019). Mental health attitudes and beliefs in a community sample on the central coast in Australia: barriers to help seeking. *Community Ment Health J.*; 55(3):476-486. url: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-018-0270-8>.

Côté, J., & Bynner, J. M. (2008). Changes in the transition to adulthood in the UK and Canada: The role of structure and agency in emerging adulthood. *Journal of Youth Studies*, 11(3), 251-268. doi: 10.1080/13676260801946464.

Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F., & McGorry, P. D. (2006). Influence of Gender on Mental Health Literacy in Young Australians. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(9), 790–796. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01885.x.

Cox, T. (1978). *Stress*. United Kingdom: Palgrave MacMillan.

Český statistický úřad (2024). Vzdělávání. <https://www.czso.cz/csu/czso/1-vzdelavani>.

ČT24. (11.2.2024). Přibývá mladých, kteří mají kvůli duševní chorobě invalidní důchod. <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/pribyva-mladych-kteri-maji-kvuli-dusevni-chorobe-invalidni-duchod-345862>.

Diener, E., Lucas, R. E., Oishi, S. (2002). Subjective Well-being. In Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Oxford handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press. 187-194. <https://psycnet.apa.org/record/2009-05143-017>.

Dohrenwend, B. S., & Martin, J. L. (1979). Personal versus situational determination of anticipation and control of the occurrence of stressful life events. *American Journal of Community Psychology*, 7(4), 453. <https://www.proquest.com/openview/7365ead8c43962d4d87543491c03f6bc/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1821511>.

Dostál, D. (2021). *Psychometrie*. <https://dostal.vyzkum-psychologie.cz/>.

Dudley, D. L., Holmes, T. H., Martin, C. J., & Ripley, H. S. (1964). Changes in respiration associated with hypnotically induced emotion, pain, and exercise. *Psychosomatic Medicine*, 26(1), 46-57. doi: 10.1097/00006842-196401000-00007.

Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing.

- Egger, J. W. (2013). Biopsychosocial Medicine and Health—the body mind unity theory and its dynamic definition of health. *Psychologische Medizin*, 24(1), 24-29.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: youth and crisis*. Norton & Co..
- Erikson, E. H. (1996). *Osm věků člověka*. Pragma, Praha.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 58(5), 844-854. doi: 10.1037/0022-3514.58.5.844.
- Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health*, 8(1). doi:10.1186/1471-2458-8-125.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Ficková, E. (1993). *Determinanty zvládnutí stresu I. - Teoretické přístupy*. Čs. psychologie, 37, č. 1, s. 37-46.
- Fraser, E., & Pakenham, K. I. (2009). Resilience in children of parents with mental illness: Relations between mental health literacy, social connectedness and coping, and both adjustment and caregiving. *Psychology, health & medicine*, 14(5), 573-584. doi: 10.1080/13548500903193820.
- Furnham, A., Annis, J., & Cleridou, K. (2014). Gender differences in the mental health literacy of young people. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(2). doi:10.1515/ijamh-2013-0301.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry*, 14(2), 231. doi: 10.1002/wps.20231
- Ganasen, K. A., Parker, S., Hugo, C. J., Stein, D. J., Emsley, R. A., & Seedat, S. (2008). Mental health literacy: focus on developing countries. *African Journal of Psychiatry*, 11(1). doi:10.4314/ajpsy.v11i1.30251
- Gillernová, I. (2000). *Slovník základních pojmů z psychologie*. Fortuna.

- Givens, J., Katz, I., Bellamy, S., & Holmes, W. (2007). Stigma and the acceptability of depression treatments among African Americans and whites. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 1292–1297. doi:10.1007/s11606-007-0276-3.
- Goleman, D. (2020). *Emotional intelligence*. Bloomsbury Publishing.
- Gonzalez, J., Alegría, M., Prihoda, T., Copeland, L., & Zeber, J. (2011). How the relationship of attitudes toward mental health treatment and service use differs by age, gender, ethnicity/race and education. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 45–57. doi:10.1007/s00127-009-0168-4
- Greenberg, J. S. (2017). *Comprehensive stress management*. New York: McGraw-Hill Education.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education* (Vols. I & II). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946–955. doi: 10.1037/0022-3514.52.5.946.
- Holzinger A, Floris F, Schomerus G, Carta MG, Angermeyer MC. Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: A systematic review of population studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2012;21(1):73-85. doi:10.1017/S2045796011000552.
- Houston, B.K. (1987). Stress and Coping. In: Snyder, C.R., Ford, C.E. (eds) Coping with Negative Life Events. The Plenum Series on Stress and Coping. Springer, Boston, MA. doi: 10.1007/978-1-4757-9865-4_14.
- Hutteman, R., Hennecke, M., Orth, U., Reitz, A. K., & Specht, J. (2014). Developmental Tasks as a Framework to Study Personality Development in Adulthood and Old Age. *European Journal of Personality*, 28(3), 267–278. doi: 10.1002/per.1959.

Iasiello, M., van Agteren, J., & Muir-Cochrane, E. (2020). Mental Health and/or Mental Illness: a Scoping Review of the Evidence and Implications of the Dual_Continua Model of Mental Health. *Evidence Base*, (1). doi: 10.21307/ed-2020-001

Ilfeld Jr, F. W. (1980). Coping styles of Chicago adults: Description. *Journal of human stress*, 6(2), 2-10. doi: 10.1080/0097840X.1980.9934530.

Jang, Y., Chiriboga, D., Herrera, J., Martinez Tyson, D., & Schonfeld, L. (2011). Attitudes toward mental health services in Hispanic older adults: The role of misconceptions and personal beliefs. *Community Mental Health Journal*, 47, 164–170. doi:10.1007/s10597-009-9274-8.

Janke, W., & Erdmann, H. (2003). *Strategie zvládání stresu: příručka*. Praha: Testcentrum.

Jochmanová, L. & Kimplová, T. (ed.). (2022). *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Psyché. Praha: Grada.

Jorm, A., Korten, A. & Jacomb, P. (1997), “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*. 166:182–186. doi: 10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x.

Jung, H., von Sternberg, K., & Davis, K. (2017). The impact of mental health literacy, stigma, and social support on attitudes toward mental health help-seeking. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(5), 252-267. doi: 10.1080/14623730.2017.1345687.

Kaplan, R. M., Sallis Jr, J. F., & Patterson, T. L. (1993). *Health and human behavior*. Mcgraw-Hill Book Company.

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.

Kézrová, E. (Moderátor). (2021). *Štěstí je v tom, jak dovedeme sami se sebou zacházet. Investujte do duševního zdraví, radí šéf NÚDZ Winkler*. Leonardo plus. [Audio podcast]. <https://www.mujrozhlaz.cz/>

Kolář, P. (2021). *Posilování stresem*. Universum.

Koukolík, F. (2002). *Lidský mozek*. Praha: Portál.

- Kroc, V. & Stutláková, J. (2023). *Nedostatek odborníků ještě potrvá. Dětem ale můžeme pomáhat i tím, že se k nim chováme s respektem a bereme je vážně, radí dětský psycholog.* Dvacet minut Radiožurnálu. <https://radiozurnal.rozhlas.cz/nedostatek-odborniku-jeste-potrva-detem-ale-muzeme-pomahat-i-tim-ze-se-k-nim-9090650>.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres.* Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví.* Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres.* Grada.
- Kutcher, S., Wei, Y., Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry.* doi: 10.1177/0706743715616609.
- Lam, L.T. Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 8, 26 (2014). doi: 10.1186/1753-2000-8-26.
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie.* Grada.
- Lazarus, A. & Lazarus, C. N. (2004). *101 strategií, jak se nezbláznit v šíleném světě.* Vyd. 1. Praha: Portál.
- Lazarus, R. S., & Longo, N. (1953). The consistency of psychological defenses against threat. *The Journal of Abnormal and Social Psychology,* 48(4), 495. doi: 10.1037/h0058720.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Psychological stress and the coping process.* New York, NY: Springer.
- Lazarus, R. S., Folkman, S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology,* 50(3), 571–579. doi: 10.1037/0022-3514.50.3.571.
- Lee, H. Y., Hwang, J., Ball, J. G., Lee, J., Yu, Y., & Albright, D. L. (2020). Mental Health Literacy Affects Mental Health Attitude: Is There a Gender Difference? *American Journal of Health Behavior,* 44(3), 282–291. doi:10.5993/ajhb.44.3.
- Lubman, D. I., Cheetham, A., Sandral, E., Wolfe, R., Martin, C., Blee, F., Berridge, B. J., Jorm, A. F., Wilson, C., Allen, N. B., McKay-Brown, L., & Proimos, J. (2020). Twelve-month outcomes of making the link: A cluster randomized controlled trial of a school-based

program to facilitate help-seeking for substance use and mental health problems. *EClinicalMedicine*, 18, 100225. doi: 10.1016/j.eclinm.2019.11.018.

Macek, P. (2003). *Adolescence*. Portál.

Mačí, J. (2022). *Stát chce do škol dostat dva tisíce psychologů. Po útoku mačेतou tím spíš. Seznam zprávy*. <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/domaci-zivot-v-cesku-v-dobe-covidove-a-valecne-chybi-skolam-psychologove-prijit-jich-ma-2-100-196188>.

Marks, D. F. (2012). Health Psychology: Overview. *Handbook of Psychology*, Second Edition. doi:10.1002/9781118133880.hop209001.

Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415. doi: 10.1016/j.paid.2004.01.010.

Melendez, J. C., Satorres, E., & Delhom, I. (2019). Personalidad y afrontamiento. ¿Qué rasgos predicen las estrategias adaptativas? *Anales de Psicología*, 36(1), 39–45. doi: 10.6018/analesps.349591.

Miles, R., Rabin, L., Krishnan, A., Grandoit, E., & Kloskowski, K. (2020). Mental health literacy in a diverse sample of undergraduate students: demographic, psychological, and academic correlates. *BMC Public Health*, 20(1). doi:10.1186/s12889-020-09696-0.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Moradi, A., Pishva, N., Ehsan, H. B., Hadadi, P., & Pouladi, F. (2011). The Relationship Between Coping Strategies and Emotional Intelligence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 748–751. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.146.

Národní knihovna ČR (2021). Počet respondentů pro vyhodnocení kvantitativního dotazníku. <https://www.ptejteseknihovny.cz/dotazy/pocet-respondentu-pro-vyhodnoceni-kvantitativniho-dotazniku>.

Národní ústav duševního zdraví. (n.d.). Duševní zdraví dětí a adolescentů. <https://dzda.cz/>.

Národní ústav duševního zdraví (n.d.). Na rovinu – o duševním zdraví a nemoci. <https://narovinu.net/>

- Oberle, E., Schonert-Reichl, K. A., Hertzman, C., & Zumbo, B. D. (2014). Social–emotional competencies make the grade: Predicting academic success in early adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 35(3), 138–147. doi: 10.1016/j.appdev.2014.02.004.
- Olbrich, E. (1990). Coping and development. In *Coping and self-concept in adolescence* (pp. 35-47). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. url: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-75222-3_3.
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše (3., aktualizované a doplněné vydání)*. Grada.
- Páez, D., Velasco, C., & González, J. L. (1999). Expressive writing and the role of alexythymia as a dispositional deficit in self-disclosure and psychological health. *Journal of personality and social psychology*, 77(3), 630. doi: 10.1037/0022-3514.77.3.630
- Paez, D., Basabe, N., Valdoseda, M., Velasco, C., & Iraurgi, I. (1995). Confrontation: Inhibition, alexithymia, and health. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, & health* (pp. 195–222). American Psychological Association. doi: 10.1037/10182-009.
- Parkes, K. R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 655–668. doi: 10.1037/0022-3514.46.3.655.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vyd. Praha: Grada. Psyché.
- Petrosky, M. J., & Birkimer, J. C. (1991). The relationship among locus of control, coping styles, and psychological symptom reporting. *Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 336–345. doi:10.1002/1097-4679(199105)47:3<336::aid-jclp2270470303>3.0.co;2-l.
- Příhoda, V. (1983). *Ontogeneze lidské psychiky Díl II*. Praha, SPN.
- Ptacek, J. T., Smith, R. E., & Dodge, K. L. (1994). Gender Differences in Coping with Stress: When Stressor and Appraisals Do Not Differ. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(4), 421-430. doi: 10.1177/0146167294204009.
- Reavley, N. J., McCann, T. V., & Jorm, A. F. (2011). Mental health literacy in higher education students. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(1), 45–52. doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00314.x.

- Robbins, A., Wilner, A. (2001). *Quarterlife Crisis: The Unique Challenges of Life in Your Twenties*. New York.
- Robinson, O. C., Wright, G. R., & Smith, J. A. (2013). The holistic phase model of early adult crisis. *Journal of Adult Development*, 20(1), 27-37. doi: 10.1007/s10804-013-9153-y.
- Romanova, A. (2019). Copingové strategie v profesi zdravotní sestry [Bakalářská diplomová práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně]. Digitální knihovna UTB. https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/44154/romanova_2019_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Rossetto, A., Jorm, A. F., & Reavley, N. J. (2016). Predictors of adults' helping intentions and behaviours towards a person with a mental illness: A six-month follow-up study. *Psychiatry research*, 240, 170–176. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.037.
- Rüsch, N., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Corrigan, P. W., & Rössler, W. (2014). Shame, perceived knowledge and satisfaction associated with mental health as predictors of attitude patterns towards help-seeking. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 23(2), 177-187. doi:10.1017/S204579601300036X.
- Saadouni, Š. (2012). *Psycholog: Škola agresora nepředělá*. Deník.cz. https://www.denik.cz/z_domova/psycholog-skola-agresora-nepredela20120126.html.
- Seligman, M. E., & Pavličková, I. (2003). *Opravdové štěstí: pozitivní psychologie v praxi*. Ikar.
- Selye, H. (1950). Stress and The General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal website*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2038162/pdf/brmedj03603-0003.pdf>
- Smetackova, I., Viktorova, I., & Pavlas Martanova, V. (2019). Teachers between job satisfaction and burnout syndrome: What makes difference in Czech elementary schools. *Frontiers in psychology*, doi: 10, 483966.
- Sobotková, V. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Grada.
- Song, L., Wang, Y., Zhang, Q., Yin, J., Gan, W., Shang, S., & Liu, T. (2023). The mediating effect of resilience on mental health literacy and positive coping style among Chinese empty

nesters: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 14, 1093446. url: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1093446/full>

Sulejmanov, F., Seitzl, M., & Molinari, A. (2020). Attachment and coping strategies as predictors of mental overload among members of the security services of the Czech Republic. *Člověk a společnost. Internetový časopis pro původně teoretické a výzkumné štúdie z oblasti spoločenských vied*, 23(1). <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=881558>

Synčák, J. (2023). *V Česku chybí kliničtí psychologové, čekací doby jsou až tři čtvrtě roku. Zadržel je v jejich vzdělávání. ČT24*. <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/v-cesku-chybi-klinicti-psychologove-cekaci-doby-jsou-az-tri-ctvrte-roku-zadrhel-je-v-jejich-vzdelava-10854>

Špatenková, N. A kol. (2004). *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing.

Škola porozumění a sdílení (2024). O programu Druhý krok. <https://spolekspas.cz/o-programu-druhy-krok/>

Švancara, J. (2003). *Strategie zvládnání stresu-SVF 78*. Praha: Testcentrum.

Thorová K. (2015). *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.

Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343–361. doi: 10.1007/BF01173478.

Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum.

Vágnerová M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.

Vodáčková, D. a kol. (2020). *Krizová intervence*. Praha: Portál.

Výrost, J., & Slaměník, I. (2001). *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada.

- Woloshyn, V., & Savage, M. (2018). Increasing teacher candidates' mental health literacy and stress coping skills through an elective mental health and wellness course. *International Journal of Inclusive Education*, 1–15. doi:10.1080/13603116.2018.1497097.
- World Health Organization. (2005). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. WHO. url: <https://www.who.int/publications/i/item/9241562943>.
- World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation (2014). Social determinants of mental health. *WHO*. url: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506809>.
- World Health Organization. (2021). Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive. Executive summary. *WHO*. url: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011854>.
- World Health Organization. (2022). World mental health report: transforming mental health for all. *WHO*. url: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.
- Wu, J., Zhang, L., Zhu, X., & Jiang, G. (2021). Mental Health Literacy from the Perspective of Multi-Field Experts in the Context of Chinese Culture. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 18, 1387. doi: 10.3390/ijerph18041387.
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Tat Chiu, W., ... & Ustün, T. B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*. (WPA), 6(3), 177–185. url: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18188443/>.
- Williams, P.G., Wiebe, D.J. & Smith, T.W. Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health. *J Behav Med* 15, 237–255 (1992). doi: 10.1007/BF00845354.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2010). Review: The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1–17. doi:10.1177/0165025410384923.

Zhou, E. S., Penedo, F. J., Bustillo, N. E., Benedict, C., Rasheed, M., Lechner, S., Soloway, M., Kava, B. R., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2010). Longitudinal Effects of Social Support and Adaptive Coping on Emotional Well-Being of Survivors of Localized Prostate Cancer, *The Journal of Supportive Oncology*, 8, 196-201. doi: 10.1016/j.suponc.2010.09.004

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt práce v českém jazyce
2. Abstrakt práce v anglickém jazyce

ABSTRAKT MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Souvislost duševní gramotnosti se specifickými copingovými strategiemi ve vynořující se dospělosti

Autor práce: Bc. Aneta Skalová

Vedoucí práce: PhDr. Ondřej Skopal, Ph.D.

Počet stran a znaků: 75 stran, 124 370 znaků

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 131

Abstrakt: Cílem práce bylo zjistit souvislost mezi duševní gramotností (MHL) a specifickými copingovými strategiemi ve vynořující se dospělosti. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část je věnována tématům vynořující se dospělosti, duševního zdraví a nemoci, duševní gramotnosti, stresu a copingových strategií. Přejechod mezi teoretickou a výzkumnou částí představuje kapitola zaměřená na dosavadní výzkumy v oblasti duševní gramotnosti a copingových strategií. Výzkumná část obsahuje podrobný popis celého průběhu výzkumu. Účastnilo se jej 837 respondentů, kteří byli vybráni pomocí skupinového výběru v kombinaci s metodou sněhové koule a samovýběrem. K získávání dat byly použity následující testové metody: Strategie zvládnání stresu (SVF 78) a Mental health literacy scale (MHL-S). Bylo formulováno šest hypotéz, z nichž byly přijaty dvě. Výzkumem jsme potvrdili vztah mezi pohlavím a mírou MHL. Dále vztah mezi zkušeností s odbornou pomocí v oblasti duševního zdraví a mírou MHL. Neprokázali jsme pozitivní korelaci MHL a pozitivních copingových strategií, ani zápornou korelaci MHL a negativních copingových strategií. Tyto souvislosti nebyly prokázány ani v jednotlivých zkoumaných skupinách.

Klíčová slova: duševní zdraví, duševní gramotnost, copingové strategie, vynořující se dospělost

ABSTRACT OF THESIS

Title: Mental health literacy in relation to specific coping strategies in emerging adulthood

Author: Bc. Aneta Skalová

Supervisor: PhDr. Ondřej Skopal, Ph.D.

Number of pages and characters: 75 pages, 124 370 characters

Number of appendices: 2

Number of references: 131

Abstract: The aim of the study was to investigate the link between mental health literacy and specific coping strategies in emerging adulthood. The thesis is divided into two parts. The theoretical part is devoted to the topics of emerging adulthood, mental health and illness, mental health literacy, stress and coping strategies. The link between the theoretical and research parts is represented by a chapter focusing on existing research on MHL and coping strategies. The research part contains a detailed description of the research process. 837 respondents attended and were selected using a cluster sampling method combined with snowball sampling and self-selection. The following methods were used to obtain data: the Stress Management Strategies (SVF 78) and the Mental Health Literacy Scale (MHL-S). Six hypotheses were formulated, two of them were accepted. Research confirmed the relationship between gender and MHL rates. Also, the relationship between experience of mental health professional help and MHL rates. We did not prove positive correlation between MHL and positive coping strategies, nor negative correlation between MHL and negative coping strategies. Nor were these correlations observed in the individual groups.

Key words: mental health, mental health literacy, coping strategies, emerging adulthood