

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**DOPAD PANDEMIE COVID-19
NA DUŠEVNÍ ZDRAVÍ ADOLESCENTŮ**

Rigorózní práce



Autor: **Mgr. et Mgr. Vanda Štědrá**

Olomouc 2022

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma „Dopad pandemie COVID-19 na duševní zdraví adolescentů“ vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Chrudimi 27. 8. 2022

Podpis:

Poděkování

Děkuji všem respondentům, kteří byli tak ochotni a zúčastnili mého výzkumu.

Obsah

Úvod	9
1 Zdraví.....	13
1.1 Pojetí, definice a teorie zdraví	13
1.2 Definice duševního zdraví.....	16
1.2.1 Protektivní faktory duševního zdraví.....	18
1.2.2 Studie v oblasti duševního zdraví	20
1.3 Duševní hygiena	21
2 Zátěžové situace, jejich charakteristika a mechanismy zvládnání.....	23
2.1 Frustrace, deprivace a konflikt	23
2.2 Stres	24
2.3 Krize, psychické trauma	28
2.4 Mechanismy zvládnání zátěžových situací	29
3 Pandemie COVID-19 a možné dopady	33
3.1 Dopady pandemie COVID-19 na duševní zdraví.....	36
3.1.1 Výzkumy dopadu pandemie COVID-na duševní zdraví	39
3.1.2 Deprese.....	42
3.1.3 Úzkost, úzkostnost a úzkostné poruchy	45
3.2 Průřez historií největších pandemií	47
4 Adolescence	55
5 Metodologický rámec výzkumu	63
5.1 Výzkumný problém, cíle práce a formulace výzkumných otázek	63
5.2 Zvolený typ výzkumu.....	64
5.2.1 Metodika získávání dat	65
5.3 Metodika zpracování dat	66
5.4 Metodika analýzy dat	66
6 Organizace a průběh výzkumného šetření	71
6.1 Výběr respondentů, charakteristika výzkumného souboru a realizace výzkumu	71
6.2 Etická stránka výzkumu	72
7 Analýza a interpretace výsledků	75
7.1 Zkušenosti respondentů s tématem.....	75
7.2 Tematické trsy a interpretace výsledků	91

7.2.1	Změny v důsledku pandemie COVID-19 a restriktivních opatření	92
7.2.2	Rutina studijního a osobního života	98
7.2.3	Stresory.....	100
7.2.4	Zdroje pomoci (copingové strategie)	102
7.2.5	Dopad na duševní zdraví	103
7.3	Odpověď na výzkumné otázky	104
8	Diskuze.....	109
8.1	Diskuze první výzkumné otázky	109
8.2	Diskuze druhé výzkumné otázky.....	114
8.3	Diskuze třetí výzkumné otázky	116
8.4	Limity výzkumu.....	117
8.5	Přínosy výzkumu a návrhy pro další výzkumná šetření	118
9	Závěr	121
	Souhrn.....	123
	Seznam použitých zdrojů a literatury	127
	Seznam příloh	

Úvod

Každý člověk zažívá v průběhu svého života různé zátěžové situace, které je často schopen vyřešit. Stres prostě k našemu životu neodmyslitelně patří, je nedílnou součástí naší uspěchané doby. Ovšem

pandemie COVID-19 nás překvapila. Přinesla s sebou obavy o život, strach z nejistoty, z dezinformací, z budoucnosti. Zcela zásadním způsobem změnila a ovlivnila každodenní život jedince. Vlivem rychlého šíření nákazy začaly vlády států realizovat protiepidemická opatření. Tato restriktivní opatření a nejisté prognózy neustále se vyvíjející situace narušily osobní svobody jedince, komunit i celé společnosti. Ovlivnily její blahobyt a následně i duševní zdraví lidí. Počáteční studie varovaly, že pandemie bude mít dopad nejen na fyzické zdraví, ale také na zdraví duševní. A právě na prožívání duševního zdraví v době pandemie COVID-19 se rigorózní práce zaměří.

Cílem rigorózní práce je shrnout dostupné poznatky ke zkoumané problematice a vytvořit tím relevantní podklad pro navazující empirickou část. Na základě zpracování teoretických východisek práce a také osobní a pracovní zkušenosti autorky s věkovou skupinou adolescentů, je cílem empirické části zjistit na základě prožitků adolescentů, jaký dopad má pandemie COVID-19 na jejich duševní zdraví. Dozvědět se, jak prožívali změny, které pandemie přinesla, a jakým způsobem ovlivnila jejich život. Dílčími cíli bude zjistit, co adolescenty v době pandemie nejvíce stresovalo a jaké copingové strategie jim pomohly adaptovat se na tuto náročnou životní situaci. Ze získaných zjištění budou formulovány návrhy a doporučení pro další směřování.

Rigorózní práce se dělí na teoretickou a empirickou část.

Cílem teoretické části je seznámit s klíčovými pojmy, které do rigorózní práce tematicky zapadají. První kapitola definuje zdraví, základní pojmy a teorie, bude se zabývat problematikou duševního zdraví, jeho koreláty a prediktory; dále se bude věnovat výběru studií v oblasti duševního zdraví a duševní hygieně. Druhá kapitola se zaměří na charakteristiku zátěžových situací, definuje frustraci, deprivaci, konflikt, stres, krizi, psychické trauma a bude se zabývat mechanismy jejich zvládnutí. Třetí kapitola poskytne základní informace o pandemii COVID-19, protiepidemických opatřeních a popíše jejich možné dopady. Bude obohacena o výzkumy ze začátku pandemie a studie dopadu katastrof na duševní zdraví. V souvislosti s dopadem pandemie na duševní zdraví budou charakterizovány dvě nejčastěji uváděná duševní onemocnění, a to deprese a úzkostné

poruchy. Vhled do historie pandemií přinese její průřez. Závěrečná kapitola teoretické části bude charakterizovat vývojového období adolescence, popíše výskyt depresí a úzkostných poruch v tomto období.

Na teoretickou část naváže část empirická. Nejprve bude představen metodologický rámec výzkumu. Bude formulován výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky. Další kapitola bude věnována organizaci a průběhu výzkumného šetření, včetně charakteristiky výzkumného souboru. Následovat bude analýza a interpretace výsledků, na niž naváže diskuze nad zjištěnými poznatky a srovnání s ostatními výzkumy, které se zabývají podobným tématem. Součástí poslední kapitoly empirické části bude zamyšlení nad limity výzkumu. Následuje závěr a souhrn.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Zdraví

Mezi hlavní témata této práce patří duševní zdraví. V literatuře se také setkáváme s pojmem mentální zdraví a psychické zdraví. Duševní zdraví úzce souvisí se somatickým zdravím a je spojováno s duševní hygienou. Proto je nutné definovat i pojmy zdraví a nemoc a srovnat základní teorie, které je vysvětlují.

1.1 Pojetí, definice a teorie zdraví

Zdraví je fenoménem komplexní povahy. Je na něj pohlíženo z různých hledisek, proto vznikla řada modelů, pojetí a definic zdraví.

V somatickém pojetí chápeme zdraví jako stav dokonalé homeostázy a nemoc jako projev mikroskopické poruchy struktury buněk a tkání. Mezi činitele, kteří se podílejí na vzniku nemoci a jsou v dynamické interakci ve smyslu cirkulární kauzality (interdependence)¹, patří: původce nemoci (specifický agens), lidský organismus a zevní prostředí. Specifický agens může mít povahu biologickou, fyzikální nebo chemickou. Lidský organismus ovlivňují demografické znaky, fyziologické stavy, imunologická zkušenost, genetické faktory a zároveň postoje a chování člověka ve smyslu zásad zdravého způsobu života. Prostředí tvoří souhrn všech vnějších činitelů, podmínek, vlivů, které člověka obklopují, působí na jeho život, vývoj, reprodukci, zdraví. Tito činitelé se nazývají determinanty zdraví. Rozdělují se na vnitřní (dědičné faktory) a zevní (životní styl, kvalita prostředí, zdravotnická péče), s přímým dopadem na zdravotní stav jedince a nepřímým (kulturní tradice, politicko-ekonomický systém, demografická situace apod.). Determinanty zdraví ovlivňují potenciál zdraví jedince pozitivně (zvýšením odolnosti vůči nemoci) i negativně (snížením odolnosti vůči nemoci).

V medicínském pojetí (Křivohlavý, 2009) je zdraví definováno jako nepřítomnost choroby, nemoci či úrazu. Nemoc je definována jako odchylka od určité normy, kdy se jedná o objektivně zjištělý stav. Tento biomedicínský model od sebe odděluje organismus a psychiku a klade důraz především na somatickou stránku zdraví. Na počátku 21. století prošel uvedený model změnou, protože se k pojetí člověka začalo přistupovat jako k integrálnímu celku, který obsahuje kromě biologické i psychickou a sociální dimenzi.

¹ Interdependence znamená, že nepůsobí jednosměrně a ve stejném čase.

Křivohlavý (2001) uvádí, že teorie mají větší záběr než definice a jsou nutné pro lepší porozumění. Zdraví je samotným cílem nebo prostředkem k dosažení určitého cíle, podle kterého rozdělil teorie zdraví na:

- zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly (dodává člověku energii zdolávat určité těžkosti)
- zdraví jako metafyzická síla (vede k dosažení vyšších cílů)

Humanistické teorie (Křivohlavý, 2009) považují zdraví za metafyzickou sílu, která pomáhá člověku dosahovat vyšších cílů, než je samotné zdraví.

- salutogeneze² (individuální zdroje zdraví)

V holistickém pojetí (Křivohlavý, 2009) je zdravím rozuměn určitý druh síly, která pomáhá člověku v životě zdolávat různé těžkosti. Klade větší důraz na celek než na soubor částí. Zabývá se biologickou, psychologickou, sociální a duchovní stránkou daného celku.

Antonovsky (in Křivohlavý, 2009) vymezuje salutogenetické charakteristiky holistického zdraví: smysluplnost (meaningfulness), vidění zvládnutelnosti úkolů (manageability) a schopnost chápat dění, v němž se člověk nachází (comprehensibility). Salutogeneze se věnuje obecným faktorům posilujícím zdraví: údržbě zdraví (health maintenance), povzbuzování zdraví (health enhancement) a posilování zdraví (health promotion).

- zdraví jako schopnost adaptace organismu - Mansfield (1977), Dubos (1959) a Illich (1977) (in Křivohlavý, 2009) zdůrazňují schopnost člověka adaptovat se a zdraví vnímají jako lidskou schopnost pozitivně reagovat na různé životní situace.
- zdraví jako schopnost dobrého fungování (být fit, v dobré kondici) - Parsons (in Křivohlavý, 2001, 35) definuje zdraví jako „stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován.“
- zdraví jako zboží (komodita, která se dá koupit i ztratit) - Podle Seedhouse (in Křivohlavý, 2001, 36) „zdraví je zbožím, směnitelným produktem, věcí existující mimo člověka.“
- zdraví jako ideál a smysl života – *V systémovém biopsychosociálním přístupu* podle definice WHO (1948) je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci a vady. V roce 1977 byla definice rozšířena o zdravotně-

² Salutogeneze = nauka o původu a vývoji zdraví, zkoumající faktory a podmínky, které zdraví podporují a posilují.

sociální rovinu, která zdůrazňovala schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život.

Sociálně-zdravotní pojetí považuje zdraví za stav naprosté vyrovnanosti, harmonie, kdy se jedinec cítí v každém ohledu v harmonii s okolím a plní funkce na něj kladené společností.

Ze vzájemného propojení somatické, psychické, vztahové a přesahové roviny vychází *psychosomatický přístup*, který je komplexní. Nahlíží na člověka jako na celek, jednotlivé roviny jsou provázané a nelze je studovat odděleně.

Biopsychosociální přístup vychází z předpokladu, že na vzniku nemoci se spolupodílejí biologické, psychologické i sociální faktory, které jsou ve vzájemné interakci.

Bioekopsychosociální přístup se snaží o integraci biologických a sociálních faktorů při prevenci, terapii a rehabilitaci poruch zdraví jakékoli etiologie. Změny ve zdravotním stavu jsou pak výsledkem mnohočetných interakcí řady proměnných (genetická výbava, aktuální stav imunitního systému, osobnostní vlastnosti, úroveň psychické odolnosti, kvalita sociálních interakcí a životního stylu) (Pelcák, nedat).

Biopsychosociálněspirituální model zdraví a nemoci (Jochmannová, Kimplová, 2021) zahrnuje faktory biologické (genetika, fyzická kondice, životní prostředí, pohlaví apod.), psychologické (osobnost, copingové strategie, odolnost vůči zátěži apod.), sociální (rodinné vlivy, sociální status, vzdělání, pracovní podmínky, úroveň zdravotní péče apod.) a spirituální (hodnoty, smysl života, vztah k vlastnímu zdraví, religiozita apod.).

Seligman (2012, in Dosedlová et al., 2016) definoval *koncepti pozitivního zdraví*, kdy rozlišuje 3 úrovně: subjektivní, biologickou a funkcionální. Subjektivní úroveň vyjadřuje pocit dobrého zdraví, dostatku energie a vitality, spokojenosti, optimismu, vnitřní locus of control, otevřenost a zvědavost. Biologickou úroveň potvrzují biologičtí ukazatelé jako např. krevní tlak, hladina hormonů v krvi apod. Funkcionální úroveň se projevuje ve kvalitě mezilidských vztahů, pracovní úspěšnosti a aktivním trávení volného času.

Z výše uvedeného je patrné, že zdraví je ovlivňováno celou řadou faktorů, z nichž jen některé můžeme změnit. Záleží, jaký zaujímáme postoj k vlastnímu zdraví, který je moderován biologickými a fyzikálními faktory, psychologickými a osobnostními aspekty, sociálními faktory a životním stylem a psychospirituálními faktory (Jochmannová, Kimplová, 2021).

1.2 Definice duševního zdraví

Duševní zdraví (mentální, psychické) definujeme jako úroveň psychické pohody či prosperity, kdy nejsou přítomny psychické poruchy.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci (WHO 2001, 1). Duševní zdraví je jednoznačně nedílnou součástí této definice a neznamena jen absenci duševních chorob. Je zásadní pro jednotlivce, rodiny a společnost. Podle WHO jsou duševní zdraví a duševní nemoci určovány vzájemně se ovlivňujícími biologickými, psychologickými, sociálními, socioekonomickými a enviromentálními faktory, souvisí s chováním člověka a lze je zlepšit účinnými zásahy v oblasti veřejného zdraví. Důkazem je riziko duševních chorob v rozvojových zemích, které je spojeno s ukazateli chudoby, nízkou úrovní vzdělání. WHO v roce 2010 (in Galderisi et al., 2015) charakterizovala duševní zdraví jako „*stav pohody, kdy každý jedinec realizuje svůj vlastní potenciál.*“ Duševní zdraví popisuje jako stav pohody, ve kterém jedinec realizuje svoje vlastní schopnosti, zvládá běžné životní tlaky, může produktivně a plodně pracovat a je schopen přispívat do své komunity. V tomto pozitivním smyslu tvoří duševní zdraví základ pro pohodu a efektivní fungování jednotlivce i komunity. Uvedený základní koncept duševního zdraví je v souladu s jeho širokým výkladem napříč kulturami (WHO, 2001). Přestože tato WHO definice zdraví představuje podstatný pokrok v odklonu od konceptualizace duševního zdraví, Galderisi et. al. (2015) upozorňují na skutečnost, že pokud jsou pohoda, pozitivní pocity a pozitivní fungování brány jako klíčové faktory duševního zdraví, může to vyvolat nedorozumění v pochopení definice duševního zdraví. Pohodu lze obtížně sladit s mnoha náročnými životními situacemi, ve kterých může být dokonce i pohoda nezdravá: většina lidí by považovala za duševně nemocného jedince, který by prožíval stav pohody při zabití několika osob během válečné akce a za duševně zdravého by považovala člověka, který by se cítil zoufale při propuštění ze zaměstnání, kdy je málo pracovních příležitostí. Osoby s dobrým duševním zdravím bývají i smutné, nešťastné a nemocné, což je přirozenou součástí plně prožitého života uvádí Galderisi et. al. (2015).

Galderisi et. al. (2015, 231) navrhují novou definici duševního zdraví a jsou si vědomi rozdílů v hodnotách, kulturách a sociálním prostředí jednotlivých zemích, které mají vliv na utváření obecného konsensu koncepce duševního zdraví. „*Duševní zdraví je dynamický stav vnitřní rovnováhy, který umožňuje jednotlivcům využívat své schopnosti v souladu*

s univerzálními hodnotami společnosti.” Dynamický stav vnitřní rovnováhy má odrážet skutečnost, že různé životní epochy vyžadují změny v dosažené rovnováze (např. adolescentní krize, manželství, rodičovství, odchod do důchodu apod.) a že duševně zdraví lidé mohou zažívat i emoce strachu, hněvu, smutku a zármutku. Za schopnosti v souladu s univerzálními hodnotami společnosti považují:

- kognitivní dovednosti (schopnost věnovat pozornost, pamatovat si a organizovat informace, řešit problémy a rozhodovat se);
- sociální dovednosti (používat vlastní repertoár verbálních a neverbálních schopností ke komunikaci a interakci s ostatními);
- emoční regulaci (schopnost rozpoznat, vyjádřit a regulovat své vlastní emoce);
- empatii (schopnost vcítit se, zažít a porozumět tomu, co ostatní cítí);
- flexibilitu a schopnost zvládat nepříznivé životní události, fungovat v sociálních rolích a podílet se na smysluplných sociálních interakcích;
- harmonický vztah mezi tělem a myslí (mysl, mozek, organismus a prostředí jsou silně propojeny a celkovou zkušenost s pobytem ve světě nelze oddělit od způsobu, jakým se tělo cítí ve svém prostředí).

Univerzálními hodnotami společnosti je míněn: respekt a péče o sebe a ostatní živé bytosti, uznání propojenosti mezi lidmi a respekt ke svobodě své i ostatních.

Keyes (2002) formuloval duševní zdraví jako komplexní stav, založený na přítomnosti a nepřítomnosti příznaků (symptomů) duševního zdraví i duševní nemoci, který tvoří tři základní složky: emoční, psychická a sociální pohoda (blahobyt). Emoční pohoda zahrnuje zájem o život, štěstí a spokojenost. Psychickou pohodu představuje spokojenost člověka se svým vlastním životem, s větší částí jeho vlastní osobnosti, s tím, že umí zvládat povinnosti každodenního života a má dobré vztahy s ostatními jedinci. Sociální blahobyt znamená pozitivní fungování, sociální příspěvek do společnosti, sociální integraci (cítit se součástí komunity), víru, že společnost se stává lepším místem pro všechny lidi, a že způsob, jakým společnost funguje, jim dává smysl (sociální soudržnost).

Neexistuje tedy žádný, zcela všemi přijatelný vřezahrnující koncept pro duševní zdraví. Jahoda M. (in Galderisi et. al., 2015) popisuje šest základních pojetí obsahu duševního zdraví: (1) postoje jednotlivce k sobě samému, (2) míra, do jaké si člověk uvědomuje své možnosti prostřednictvím jednání, (3) sjednocení funkce v osobnosti jedince, (4) míra

nezávislosti jedince na sociálních vlivech, (5) jak jedinec vidí svět kolem sebe a (6) schopnost brát život tak, jak přichází a ovládnout jej.

Duševním zdravím a duševní hygienou se zabývá pozitivní psychologie³ (Baštecká, 2009, 242).

Duševního zdraví se dosáhne uspokojováním individuálních psychických motivů, jež Heinz Kohut (1991, 104, in Plháková, 2003, 382) definoval jako „*schopnost úspěšně milovat a pracovat*“.

1.2.1 Protektivní faktory duševního zdraví

Mezi protektivní faktory duševního zdraví lze považovat některé osobnostní charakteristiky, pozitivní emocionalitu, životní spokojenost, smysluplnost, spiritualitu, sociální oporu a další (Slezáčková, Pučelíková, 2012, in Dosedlová, 2016). Duševní zdraví bývá měřeno jako subjektivně vnímaný pocit duševní pohody. Psychologie zdraví⁴ zavedla termín *kvalita života* (Health-related quality of life – HRQoL), která souvisí se subjektivním vnímáním příjemných i nepříjemných psychických a fyzických pocitů jedince. Jako subjektivní proměnná je dána vzájemnou interakcí zdravotních (subjektivní pocit zdraví, absence příznaků určitého onemocnění, věk, pohlaví, polymorbidita apod.), psychických (psychická kondice), sociálních (rodinný systém, sociální aktivity, kulturní zázemí, religiozita apod.), enviromentálních a ekonomických faktorů (materiální zdroje). Významnou složkou a zároveň ukazatelem kvality života je *osobní pohoda* (subjective well-being – SWB).

Levin a Chattersová (1998, in Dosedlová, 2016) rozlišují subjektivní a objektivní osobní pohodu. Subjektivní pohodu tvoří čtyři komponenty: (1) duševní pohoda (emoční a kognitivní dimenze), (2) sebeúcta (self-esteem), (3) vědomí vlastní účinnosti (self-efficacy) a (4) osobní zvládnání (personal mastery). Do objektivní pohody patří např. zdravotní stav, socioekonomický status apod.

³ Pozitivní psychologie proniká do praxe psychologie zdraví, věnuje se tématům smysluplnosti života, duševního zdraví, duševní hygieny, empatie, altruismu, morální motivace, tuhosti (hardiness), flexibility v jednání, sociální opory, vnímané osobní zdatnosti (Bandurovo self-efficacy), naučeného optimismu, celkové životní pohody (well-being) apod. (Baštecká, 2009).

⁴ Psychologie zdraví je speciální psychologickou vědní disciplínou, která se zabývá vlivem psychologických faktorů na zdraví i nemoc. Jejím cílem je na základě vědeckých poznatků z psychologie vytvořit teorie zdravého jednání a chování člověka – co zdraví posiluje a co mu škodí (Křivohlavý, 2001).

Hédonický přístup se při studiu osobní pohody zaměřuje na potěšení, radost, štěstí a spokojenost (feeling good). Eudaimonický přístup se soustřeďuje na sebeaktualizaci (functioning well), osobní rozvoj a smysluplnost života (Dosedlová, 2016).

Podle Slezáčkové a Pučelíkové (in Dosedlová, 2016) pozitivní psychologie popisuje stav, kdy se člověku daří a je mu dobře. Patří sem: pohoda (well-being), životní spokojenost (life satisfaction), štěstí (happiness), optimální prospívání a vzkvétání (flourishing), psychologické bohatství (psychological wealth) apod.

Ryffová a Singer (2002, in Dosedlová, 2016) vypracovali šestidimenzionální model duševní pohody, který obsahuje:

- sebezpřijetí;
- osobní rozvoj;
- smysl života;
- pocit kompetence a zvládnutelnosti svého prostředí;
- nezávislost a sebeurčení;
- pozitivní vztahy s druhými lidmi.

C. Keyes (2006, in Dosedlová, 2016) vytvořil termín flourishing (optimální prospívání, vzkvétání), který představuje stav pozitivního mentálního zdraví člověka, jenž netrpí duševními poruchami, vykazuje úspěchy v osobní i sociální sféře a je pozitivně emocionálně naladěný. Ke stávajícímu šestidimenzionálnímu modelu přidal další dva aspekty duševní pohody:

- emocionální pohodu (emotional well-being), zahrnující: pozitivní emoce, štěstí a životní spokojenost;
- sociální pohodu (social well-being), obsahující: sociální akceptaci, sociální aktualizaci, sociální přínos, sociální soudržnost a sociální integraci.

Na základě unifikace duševní, emocionální a sociální pohody vytvořil Keyes škálu Mental Health Continuum Scale, pomocí níž lze zjistit míru pozitivního duševního zdraví člověka (flourishing).

Seligman vytvořil teorii opravdového štěstí, která byla přepracována a doplněna v teorii duševní pohody (well-being theory). Teorie duševní pohody zahrnuje pět prvků: pozitivní

emoce, zaujetí činností, smysluplnost, úspěšný výkon a pozitivní vztahy. Tyto aspekty jsou v angličtině označovány akronymem⁵ PERMA⁶ (Seligman, 2011).

1.2.2 Studie v oblasti duševního zdraví

V kapitole 1.1 bylo uvedeno, že zdraví je fenoménem komplexní povahy a nelze na ně nahlížet jen jedním přístupem. Podobně je tomu u duševního zdraví, kde vznikla řada modelů, definic a teorií. Proto nelze zkoumat duševní zdraví jednou univerzální metodou. Záleží na tom, na který aspekt v oblasti duševního zdraví se chce výzkumník zaměřit. Výzkumem duševního zdraví se v České republice zabývá Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ). Věnuje se výzkumu neurobiologických a psychosociálních mechanismů, spojených se vznikem a průběhem nejzávažnějších duševních poruch, dále vývoji a testování nových diagnostických a léčebných metod (NÚDZ, 2022).

V souvislosti s pandemií COVID-19 existuje množství studií, zkoumající dopad na duševní zdraví různých skupin jedinců. Některé studie sledují přítomnost depresivních symptomů, jiné úzkosti, poruchy spánku, další se zaměřují na identifikaci faktorů zhoršující duševní zdraví, na kvalitu života, osobní pohodu, životní spokojenost apod. Z diagnostických metod uvádí autorka práce jen výčet některých: škálu Mental Health Continuum Scale, pomocí níž lze zjistit míru pozitivního duševního zdraví člověka (flourishing) (Keyes, 2003), Dotazník kvality života související se zdravím HRQoL (Health – Related quality of life) zjišťuje, jak nemoc a léčba ovlivňuje pacientovu schopnost žít a mít život (Vaňásková, Bednář, 2013). Kidscreen je verze pro děti a dospívající ve věku 8 až 18 let, má 3 verze Kidscreen-10 index, Kidscreen-27 a Kidscreen-52. Měří fyzické zdraví, psychickou pohodu, autonomii, sebepercepci, vztahy s rodiči, sociální oporu, školní prostředí, vztahy s vrstevníky, šikanu a ekonomický status (Ravens-Siebere et al., 2008). Z diagnostických nástrojů na měření depresivity lze uvést: Škálu depresivity SDDSS (Dolejš, Skopal, Suchá, Charvát, 2018), Bellevueský dotazník deprese BID (The Bellevue Index of Depression) (Propper, in Hort, Hrdličková, Kocourková, Malá, 2008), Beckovu sebesuzovací stupnici deprese BDI (Beck Depression Inventory) (Hort, Hrdličková, Kocourková, Malá, 2008), apod. V rámci psychodiagnostiky existuje široké spektrum nástrojů na měření úzkosti. Záleží na tom, zda slouží primárně k určení diagnózy, nebo k orientačnímu měření hloubky

⁵ Akronym = druh zkratky, kterou lze přečíst jako slovo.

⁶ PERMA = Positive Emotion, Engagement, Positive Relations, Meaning, Accomplishment.

sledovaného jevu. Z klinických metod se využívají výsledky získané z pozorování, z rozhovoru s dítětem, rodiči nebo učiteli, z anamnézy a projektivních metod (např. Rorschachův test). Z testových metod pro adolescenty lze uvést Škálu klasického strachu, sociálně situační anxiety a trémy (KSAT) (Kondáš, 2007), Škálu úzkostnosti Dolejš a Skopal SUDS (UPOL, 2022), Škálu měření úzkosti a úzkostlivosti dětí – revize ŠAD-R (NUV, NPI, 2022) apod. Pro své šetření zjištění dopadu pandemie COVID-19 na duševní zdraví adolescentů si autorka zvolila kvalitativní typ výzkumu s využitím metody Interpretativní fenomenologické analýzy (Interpretative Phenomenological Analysis, dále jen IPA), která vychází z žité zkušenosti respondentů.

1.3 Duševní hygiena

Duševní (mentální) hygiena není samostatným vědním oborem, nýbrž stojí na rozhraní lékařských, psychologických a sociálních věd. Cílem je chránit, podporovat a upevňovat duševní zdraví zejm. u duševně zdravých osob. Jiný přístup chápe duševní hygienu jako tematickou součást psychologie zdraví (Baštecká, 2009).

Sweetster definuje duševní hygienu jako schopnost zachovat si duševní zdraví, která zahrnuje všechny metody duševnímu zdraví přispívající. Míček (1984, in Křivohlavý, 2001, 143) ji vymezuje jako „*systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví a rovnováhy*“.

Podle Baštecké (2009) se jedná o soubor znalostí, schopností, aktivit, které mohou ovlivnit podmínky lidského života tím, že sníží nebo odstraní rizika vyvolávající či udržující duševní poruchy a také zvýší vliv činitelů podporujících duševní zdraví, osobní pohodu (well-being), prožitek štěstí, spokojenosti, duševní i tělesné odolnosti a výkonnosti.

V užším pojetí se duševní hygienou rozumí odstranění duševních nemocí ve smyslu jejich primární a terciální prevence.

V širším pojetí je chápána jako zaměření na péči o optimální fungování duševního zdraví, jako součásti celkového zdraví člověka. „*Jde o to přirozeně a realisticky odrážet realitu, reagovat přiměřeně na všechny podstatně důležité podněty, řešit běžné i nenadálé úkoly na úrovni, stále se duševně zdokonalovat a duševně, případně duchovně dále růst.*“ (Křivohlavý, 2003, 143–144).

2 Zátěžové situace, jejich charakteristika a mechanismy zvládání

Zátěžové situace provází stres. Z hlediska jednotlivých autorů není vymezení pojmu zátěž vůči stresu jednoznačné. Zátěž je chápána jako nadřazený pojem, jehož specifickým případem je stres (Paulík, 2017). Záleží na každém jedinci, jeho osobnostní struktuře, míře frustrační tolerance, jeho zkušenosti a dalších faktorech, jestli stupeň zátěže přesáhne práh jeho copingových strategií a přeroste v krizi, psychické trauma nebo zapříčiní rozvoj psychických poruch či nezdravého kompenzačního chování. Při epidemiích, pandemiích a katastrofických událostech, jsou lidé vystaveni fyzické i psychické zátěži. Stresová reakce se týká všech zúčastněných dané situace, bývá velmi intenzivní, nepředvídatelná, ohrožující a s nízkou kontrolou ovlivnění. Následkem může být poškození fyzického i duševního zdraví. Mimořádné události s sebou přinášejí velké množství změn. Restriktivní opatření, zejm. sociální izolace a další omezení, mohou prohloubit u člověka pocit beznaděje, zoufalství, vzbudit obavy a nejistoty, narušit osobní pohodu a pocit bezpečí. Z těchto důvodů se autorka věnuje základní charakteristice jednotlivých zátěžových situací a mechanismům jejich zvládání.

Paulík (2017) člení zátěžové situace z hlediska času, emočních reakcí a intenzity podnětů. Podle druhu podnětu lze zátěž klasifikovat na: biologickou, psychickou a fyzickou. Vágnerová (2008, in Paulík, 2017) rozlišuje zátěžové situace z hlediska jejich vzniku a významu, včetně rozvoje potřebných kompetencí jedince a důsledků na: frustraci, deprivaci, konflikt, stres, krizi, trauma.

2.1 Frustrace, deprivace a konflikt

Frustrací se označuje situace, při níž je člověku znemožněno dosáhnout subjektivně vnímané potřeby, přestože dotyčný očekával, že tomu tak bude. Frustrace je neočekávaná, krátkodobá, vyvolává prožitek zklamání. Stimuluje reakce zaměřené na vyrovnaní bilance a nemusí vyvolávat nepřiměřené reakce. Do určité míry může být žádoucí, pokud vede k hledání jiných řešení a následnému seberozvoji. S frustrací souvisí **frustrační tolerance**, kterou lze chápat jako míru odolnosti jedince vůči zátěži, aniž by byly vyvolány maladaptivní reakce.

Deprivaci nazýváme stav strádání, kdy některá z objektivně významných potřeb (biologických, psychických a sociálních) není uspokojována v dostatečné intenzitě, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu. Podle charakteru strádání lze rozdělit deprivaci na různé typy: biologickou, citovou, kognitivní, podnětovou a sociální. Deprivace závisí na vývojovém období, ve kterém člověk strádá. V čím rannější věku se objeví, tím větší důsledky bude mít. Dlouhotrvající deprivace vede k narušení psychického vývoje jedince, k nerovnoměrnému rozvoji některých složek osobnosti, až ke vzniku specifických psychických odchylek (Vágnerová, 2004).

Při **konfliktu** dojde ke střetu dvou nebo více protichůdných, vzájemně se vylučujících snah, tendencí, potřeb zájmů apod. Bývá doprovázen nejistotou, strachem apod. Jeho intenzita je podmíněna subjektivním, emocionálním a racionálním zpracováním motivů.

Frustrace i konflikt jsou součástí života, řadí se mezi denní mrzutosti (daily hassles). Nepředstavují závažné zátěžové situace, ale pokud se opakují, jsou dlouhodobé a nezvládnutelné, mohou působit jako stresující faktory (Vágnerová, 2004). Pokud se však konflikt vyhroť natolik, že dojde k explozivní reakci s dramatickými projevy, hovoříme pak o konfliktu jako o krizi.

2.2 Stres

Termín stres má širší použití. Znamená tlak, napětí, zátěž a označuje stav jedince v ohrožení. Existují různé definice a teorie vysvětlující pojem stres.

Pojem stres použil v biologické terminologii kanadský endokrinolog H. Selye pro označení nescifické reakce (charakteristických fyziologických projevů) organismu na jakýkoli nárok na organismus kladený (Selye, 1936, 1956, 1976, in Szabo, 2012; Vágnerová, 2004, 50). Dále popsal biologickou reakci organismu na ohrožení jako obecný adaptační syndrom (GAS = general adaptive syndrome). GAS probíhá ve třech fázích: V první poplachové fázi dochází k aktivaci organismu, nabuzení sympatického systému. Ve druhé fázi rezistence je člověk už schopen reagovat, volí obranné mechanismy odvozené od útěku nebo od agrese. Ve třetí fázi vyčerpání odolnost vůči stresu klesá, aktivuje se parasympatický systém, organismus již není schopen zmobilizovat obranné reakce, které probíhají z posledních záložních sil.

W. B. Cannon vyvinul koncepci homeostázy a významu sympatoadrenálního systému, který se uplatňuje při obraně organismu. Je doprovázen typickými fyziologickými projevy

(mydriáza, tachykardie, hyperglykémie apod.). Jako základní reakce obrany vymezil útok nebo útek (fight or flight).

Podle R. S. Lazaruse nastane stres tehdy, jestliže jsou na jedince kladeny nároky, které přesahují jeho adaptační kapacitu. Rozhodující je způsob, jakým danou situaci kognitivně vyhodnotíme a interpretujeme. Jeho transakční definice stresu zdůrazňuje transakce a interakce mezi osobou a prostředím.

Spielberger označuje stres jako objektivní podnětnou vlastnost situace, kterou pro sebe subjekt zpracovává jako nebezpečí. Toto ohrožení se projeví úzkostí, pocitem nejistoty.

Orel, Facová (2010) definují stres jako komplexní reakci organismu a psychiky na vnější a vnitřní změny, které narušují dosavadní rovnováhu. Jedná se o nespecifickou přirozenou reakci, která probíhá automaticky.

V odborné literatuře nalezneme **rozdělení stresů** podle kvality, intenzity a doby působení. V souvislosti s výzkumem stresu se objevily pojmy eustres a distres. Příčinou eustresu jsou příjemné pozitivní životní události (svatba, dosažení určitého cíle, lepšího výkonu, povýšení v práci apod.). Distres je spojen s nepříjemnými životními událostmi, které doprovázejí zvýšené napětí, úzkost, bezmoc. Může vést až ke vzniku psychických poruch. Pro oba druhy stresu je stejná chemická odezva organismu, avšak jejich prožívání je individuální. Prožitek stresu jedince ovlivňují osobnostní a situační faktory. Mezi osobnostní faktory patří vulnerabilita⁷, reaktivita, míra vzrušivosti, rys úzkostnosti a rys extroverze/introverze. Situační faktory tvoří sociální opora a sebeúčinnost (Binarová, 1994).

Někteří odborníci rozlišují fyzický a psychický stres, ale autorka považuje stres za celostní reakci.

Z hlediska intenzity diferencuje Stackeová (2011) hypostres a hyperstres. Hyperstres překračuje schopnost vyrovnat se se stresem. Hypostresu odpovídá nízká úroveň stresové reakce, nevnímáme jej jako stres.

Podle doby působení diferencujeme: akutní, chronický, intermitentní, anticipační a posttraumatický. Akutní stres vzniká náhle, neočekávaně, organismus na něj reaguje velkou biologickou odezvou a dochází k mobilizaci rezerv k boji nebo útěku. Chronický stres se vyvine na základě dlouhodobého působení zátěže, kterou není možné zvládnout, dostat pod kontrolu a zvítězit nad ní (Křivohlavý, 2001). Je to vleklý proces, působí

⁷ Vulnerabilita = zranitelnost.

relativně stále, poškozují imunitní systém a může vést až k vyčerpání. Střídavou formou chronického stresu je stres intermitentní, který se objevuje a zase zmizí. Anticipační stres vzniká následkem očekávání událostí a jejich dopadů (např. zkoušky). Rozvíjí se jako mírné emoční napětí, postupně se zvyšuje a po skončení události odeznívá. Posttraumatický stres se podle Bartůňkové (2010) rozvine po traumatické události, která přesahuje adaptační schopnost jedince, který s určitým časovým odstupem znovu prožívá traumatický zážitek.

Stresorem je vnější podnět, situace nebo činitel. Působí na jedince jako zátěž a spouští stresovou reakci. Vnímání stresu, tzv. rezpozivita, je individuální. Na stejný stresor lidé reagují odlišným způsobem. Stres způsobuje jeden silnější stresor nebo více stresorů (Křivohlavý, 2001). Stresory klasifikujeme podle původu stresového podnětu, intenzity.

Selye (in Křivohlavý, 1994) rozdělil stresory na fyzikální (alkohol, nikotin, kofein a jiné drogy, radiace, znečištění vzduchu, viry, bakterie, katastrofy, nehody, genetická zátěž atd.) a emocionální (úzkostnost, obavy strach, zármutek, nenávisť, nepřátelství, zloba, nevyspělost, sensorická deprivace, anticipace atd.).

Křivohlavý (1994) člení stresory na materiální (nedostatek potravy, tekutina, extrémní změna barometrického tlaku apod.) a sociální (působení agresivních, netaktních jedinců, osamění apod.).

Stackeová (2011) přispívá klasifikací stresorů na: mikrostressory, ministressory a makrostressory. Mikrostressory jsou stresory velmi drobného charakteru (komunikace, čas). U ministressorů se jedná o každodenní nezávažné situace, které mohou působit na člověka negativně (nuda, krátkodobá frustrace apod.). Makrostressory se rozumí zátěžové situace vyžadující mobilizaci velkého množství sil k jejímu zvládnutí (ztráta zaměstnání, rozvod, katastrofy apod.).

Orel, Facová (2010) uvádějí, že stresorem mohou být vlivy vnější (povahy fyzikální a chemické, biologické, psychické, sociální, časové, ekonomické) a vnitřní (např. nevyřešené konflikty, pocit vlastní nedostatečnosti, úzkostné rysy osobnosti atd.).

Blahutková a kol. (2008) dělí stresory na: vztahové, pracovní a výkonové, stresory související s životním stylem, nemoci a handicap.

Vágnerová (2004) vymezila **charakteristické znaky** negativně prožívaných **stresových situací**: pocit nepředvídatelnosti stresové situace, neovlivnitelnosti, nezvládnutelnosti a nepříjemný pocit tlaku okolností, které vyžadují hodně změn.

Křivohlavý (1994) vymezuje 3 typy **příznaků stresu**: fyziologické, psychologické a behaviorální. Mezi fyziologické příznaky stresu řadí bolest a sevření za hrudní kostí, nechutenství a plynatost v břišní oblasti, křečovitě, svírající bolesti v dolní části břicha, průjem, mikci, sexuální impotenci nebo apetenci, změny v menstruačním cyklu, bodavé, řezavé a palčivé pocity v rukou a nohou, bušení srdce, svalovou tenzi v krční oblasti a v dolní části páteře spojenou s bolestí, úporné bolesti hlavy, migrénu, vyrážku v obličeji, nepříjemné bolesti v krku (pocit knedlíku v krku), dvojité vidění a obtížné soustředění pohledu očí na jeden bod. Emocionálními příznaky stresu mohou být prudké a výrazně rychlé změny nálady (od radosti ke smutku a naopak), nadměrné trápení se s věcmi, které nejsou zdaleka tak důležité, neschopnost projevit emocionální náklonnost, nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled, nadměrné snění a stažení či omezení sociálního kontaktu, zvýšené pocity únavy a obtíže s koncentrací pozornosti, podrážděnost, vznětlivost a úzkostnost. Mezi behaviorální příznaky stresu patří nerozhodnost, nerozumné nářky, zvýšená absence v zaměstnání či ve škole, nemocnost, delší rekonvalescence, sklon ke zvýšené osobní nehodovosti a nepozornému řízení auta, zhoršená kvalita práce, snaha vyhnout se úkolům, vyhýbání se odpovědnosti a podvádění, zvýšené množství vykouřených cigaret za den, zvýšená konzumace alkoholických nápojů, větší závislost na drogách, abúzus sedativ a hypnotik, nechutenství nebo přejídání, změněný denní režim dne – problémy s usínáním, dlouhé noční bdění, pozdní vstávání s pocitem únavy, snížené množství vykonané práce a špatná kvalita práce.

Autoři T. Holmes a R. Rahe hledali vztah mezi životními událostmi a následným vznikem onemocnění. Pokusili se objektivizovat příčiny stresu a vytvořili **seznam životních událostí, který představuje pro jedince zátěž**. Jejich seznam v 80. letech upravil K. Meus. Metoda se nazývá Škála sociální readjustace (SRRS = The Social Readjustment Rating Scale), skládá se ze 43 položek životních událostí. Pro měření závažnosti prožitých událostí stanovili „jednotku životní změny“ (LCU = life change unit). Jestliže se jednotlivé životní události během 1 roku nakumulují a jejich součet přesáhne hranici 150 LCU, je to považováno za rizikový faktor pro vznik nemoci.

Preiss, M., Příhodová, T., Riegel, K., Preiss, J. a Marková, J. (2021) se inspirovali dotazníkem SRRS a vytvořili Dotazník zvládání náročných událostí (DZNU). Jednotlivé položky uzpůsobili českému sociokulturnímu prostředí, dotazník obsahuje 43 událostí.

Salutory jsou naopak protektivní faktory, které pomáhají jedinci odolávat nadměrnému stresu a udržet si tak a posilovat zdraví.

2.3 Krize, psychické trauma

Výraz krize je hojně používaným pojmem v mnoha oborech. Bývá chápán a zaměřován s pojmy konflikt, stres, deprese. Krize vzniká následkem vyhocení stresové situace po dlouhodobé kumulaci a situačním nárůstu problémů. Přesahuje běžný repertoár vyrovnávacích strategií jedince, kdy dochází k selhání adaptačních mechanismů, a tím k narušení psychické rovnováhy (Baštecká, 2003; Vágnerová, 2004). Je definována jedincem. Spouštěcí události jsou očekávané (kritická vývojová období nebo přechodové stavy) nebo náhlé, tzn. nepředvídatelné. Doprovázejí ji negativní pocity, vede k narušení pocitů bezpečí a jistoty, člověk cítí beznaděj, zoufalství, ohrožení vlastní identity, pocit ochromení ze ztráty kompetencí utvářet si vlastní život, mohou ji doprovázet úzkosti a stavy zvýšené tenze. Mění regulační vzorce chování, ať už v negativním či pozitivním smyslu (je nebezpečím i příležitostí pro změnu) (Vodáčková, 2002). Reakce na krizi, její průběh a zpracování probíhá v určitých fázích. Zvládnutí krize závisí na okolnostech, za kterých probíhá, na revizi celé situace a na nalezení účelnějších strategiích jednání. Špatenková (2017) uvádí následující faktory ovlivňující průběh krize:

- věk;
- pohlaví;
- životní situace (zaměstnání, bydliště, rodinná situace, finanční zabezpečení apod.);
- zdravotní stav (psychický i somatický);
- osobnostní faktory (charakter, temperament, emoční stabilita, extroverze/introverze, resilience⁸, přizpůsobivost apod.);
- dřívější nevyřešené krize;
- sekundární – spolupůsobící krize;
- schopnost zvládat krizové situace (obrané mechanismy, zvládání – coping);
- sociální opora (emocionální, informační, hodnotící, instrumentální);
- naděje.

V odborné literatuře se setkáváme s různou klasifikací krizí.

Baldwin (1978, 1980) rozděluje typy krizí dle závažnosti a příčin na:

⁸ Resilience = nezdolnost, to je schopnost vyrovnávat se s náročnými životními situacemi přiměřeně, bez patologických reakcí (Špatenková, 2017).

- situační (ohrožují identitu člověka, jeho zdraví a život – např. autonehoda, ztráta zaměstnání, nevěra apod.);
- tranzitorní (z očekávaných životních změn, kdy si jedinec musí osvojit nové sociální role, adaptovat se na nové podmínky, překonat nějaké překážky – např. svatba, nástup do zaměstnání, na VŠ apod.);
- vývojové (jedná se o kritická vývojová období, např. adolescence, a většinou nastává, pokud úspěšně neproběhla tranzitorní krize);
- traumatické (vzniklé z náhlého traumatizujícího neočekávaného podnětu, s nízkou kontrolou situace a omezenými možnostmi – např. znásilnění);
- psychopatologické (u jedinců s dispozicí k duševním onemocněním komplikuje nebo vyvolá další krizi);
- psychiatrické neodkladnosti (jedná se o neodkladné krizové stavy, kdy se zhoršuje celkový zdravotní stav – akutní psychotický stav, drogová intoxikace apod.).

Jestliže přejde krize do chronického stavu, kdy adaptační mechanismy již nefungují, může dojít k neurotizaci jedince, popřípadě k rozvinutí duševní poruchy např. posttraumatické stresové poruchy (PTSP).

Jako psychické trauma je označena náhle vzniklá situace, kdy působící podnět přesahuje běžnou lidskou zkušenost, vede k určitému poškození nebo ztrátě, vyvolává poznatelné projevy tísně zejm. v emoční oblasti a narušuje objektivitu uvažování daného jedince (Baštecká, 2003; Vágnerová, 2004). V chování člověka se spustí obranné mechanismy odvozené od agrese či úniku. Traumatizace může být jednorázová nebo opakovaná a v jejím důsledku se může rozvinout posttraumatická stresová porucha (PTSP) (Vágnerová, 2004).

2.4 Mechanismy zvládnání zátěžových situací

Zátěžové situace jsou přirozenou součástí každodenního života jedince, mohou mít různý dopad na jeho zdraví. Každý člověk reaguje na mimořádnou událost jiným způsobem. Někdo se zadaptuje rychleji a překoná ji bez psychických problémů, jiného pohltní. Je důležité si všimnout prožitků doprovázejících mimořádné události a těch, které následují po ní (Kohoutek, Čermák, 2009). Postupně si člověk osvojuje různé strategie řešení a zvládnání těchto situací. Míra odolnosti jedince závisí na jeho vrozených dispozicích, individuální zkušenosti a aktuální situaci. Jakou strategii zvládnání člověk zvolí, určuje i sociokulturní norma.

Psychická odolnost je definována jako soubor charakterových vlastností, které pomáhají člověku zvládnout zátěžové situace (Kebza, Šolcová, 2008). V souvislosti s psychickou odolností se často vyskytují pojmy jako **locus of control (LOC)**, **nezdolnost v pojetí koherence**, **hardiness (tvrdoosti)** a **resilience**, které patří mezi protektivní faktory zvládnání zátěžových situací. Termín locus of control zavedl v roce 1966 Rotter a je překládán jako „místo řízení“ (Křivohlavý, 2009). Locus of control vychází z přesvědčení jedince, že může aktivně utvářet a měnit svůj život. Osoby s interním locus of control věří ve vlastní schopnosti, kterými mohou ovlivnit svůj život. Jedinci s externím locus of control jsou přesvědčeni, že vnější okolnosti, jež nemohou ovlivnit, zapříčinily jejich nezdary a neúspěchy (Křivohlavý, 2009). Pro koherenci používají Kebza a Šolcová (2008) termín „mysl pro soudržnost“, který vychází z označení „sense of coherence“ od Antonovského. Vyjadřuje srozumitelnost v chápání situace, kterou jedinec řeší, jeho motivaci a vnímání svých možností k dosažení vytyčených cílů. Tvrdoost (otužilost, pevnost) vyjadřuje okamžitý stupeň odolnosti. Jedná se o hranici, při jejímž překročení bude situace stresující. Pro resilienci zatím neexistuje jednotná definice. Resilience znamená souhrn vlastností nebo faktorů, které přispívají k celkové odolnosti jedince (Palová, 2021, in Jochmanová, Kimplová a kol., 2021). Bonanno (2007) definuje resilienci jako lidskou schopnost stabilní, zdravé úrovně fyzického a psychologického fungování po potenciaálně vysoce rušivé události.

Adaptací se rozumí vyrovnávání se se zátěží v relativně normálních mezích, kdežto **coping** znamená vyrovnání se s nadlimitní zátěží. **Copingové strategie** jsou vědomé aktivní způsoby chování, které slouží k vyrovnání se se zátěžovou situací, ke zmírnění negativních pocitů s cílem dosažení pozitivní změny nebo smíření se s tím, co už nelze změnit (Vágnerová, 2014). Copingové strategie zahrnují adaptivní i maladaptivní chování. Průběh copingu ovlivňují mediátory a moderátory. Mediátory jsou proměnné, které vyplývají ze situace (kognitivní zhodnocení, posouzení vlastních schopností). Moderátory jsou stabilní v čase a nezávislé na stresoru a chování jedince (věk, pohlaví, temperament) (Mareš, 2001). Existují dva přístupy v copingu podle zaměření. Coping zaměřený na řešení problému, který zaměřuje aktivity ke hledání účelnějších způsobů směrem ke zvolenému cíli a potlačení rušivých elementů. Coping orientovaný na udržení přijatelné pohody a regulaci emocionálního stavu obsahuje aktivní řešení a obranné mechanismy. **Obranné mechanismy** jsou neuvědomované reakce, které slouží k vyrovnání se se zátěžovou situací, snižují prožívanou úzkost a negativní emoce. Odvozují se od základních reakcí na stres:

úniku a útoku. Odlišují se od sebe mírou zkreslení nepříjemné reality a způsobem chování v dané situaci.

Zvládání náročných životních situací usnadňuje **sociální podpora**, která je poskytována druhými lidmi. Pomoc může být ve formě emocionální, poradenské, pečovatelské, informační, materiální nebo praktické. Vnímání sociální opory je určeno osobností jedince a závisí spíše na přesvědčení o dostupnosti pomoci druhých než na skutečném přijetí pomoci (Farlane, 2005).

3 Pandemie COVID-19 a možné dopady

Dne 31. 12. 2019 byla Světová zdravotnická organizace (WHO) informována o souborů případů pneumonie⁹ neznámého původu (nebyl znám ani způsob přenosu), ke kterým došlo v Čínské lidové republice ve městě Wu-chan v provincii Chu-pej. Odtud se nákaza postupně rozšířila do celého světa. Ve vzorcích získaných od infikovaných osob byl identifikován nový koronavirus. Primární zdroj nového koronaviru dosud nebyl zjištěn. Původce COVID-19 je označován jako SARs-CoV-2. Dne 30. ledna 2020 vyhlásila WHO globální stav nouze a 11. března 2020 prohlásila šíření koronaviru za pandemií.¹⁰ V České republice byl evidován první případ koronaviru 1. března 2020 (SZÚ, 2021). Následně byla zavedena v oblasti veřejného zdraví řada nařízení vedoucích k zamezení dalšího šíření nákazy. Dne 12. března 2020 byl vyhlášen nouzový stav. V rámci opatření postupně došlo k radikálnímu omezení volného pohybu a cestování, volnočasových aktivit, sociálních kontaktů, k omezení maloobchodu a služeb, zdravotnické péče, k uzavření továren, škol a zrušení výuky na dobu neurčitou na celém území České republiky. Ve spojitosti s karanténou a sociální izolací se v České republice začal užívat pojem **lock-down**. Označuje situaci, kdy je nařízením vlády omezen volný pohyb osob za účelem zabránění dalšímu šíření nákazy. Lidé byli nuceni zůstat doma (UJC, AVCR, 2020). Žáci a učitelé také zůstali doma, výuka byla postupně převedena na distanční¹¹. Česká republika měla podle UNESCO (Myclinic, 2020) nejdéle zavřené školy v celé EU. Uzavření škol postihlo celosvětově 87 % dětské a adolescentní populace, což je 1,6 miliardy studentů (Uhlíř, 2021).

Pandemie COVID-19 významně postihla světovou i českou **ekonomiku**, a to na základě výše uvedených protiepidemických opatření. Dlouhodobý lock-down způsobuje nedostupnost komunitních služeb, kolaps průmyslových odvětví, což vede k negativnímu dopadu na místní a národní ekonomickou stabilitu (Dubey et al., 2020). Mezi paralyzovaná odvětví patřil maloobchod, sport, kultura, školství, knihovny, letecká doprava, stravování, ubytování a cestovní ruch (Marek a kol., 2020). Jedinci pracující v těchto profesích byli nuceni své služby přerušit nebo omezit, někteří i trvale ukončit. Došlo k nárůstu nezaměstnanosti (Ćosić, Popović, Šarlija, Kesežić, 2020). Profese, u kterých byla možná práce z domu za pomoci vzdáleného přístupu, převedly své pracovníky do režimu home

⁹ Pneumonie je akutní zánět respiračních bronchiolů, alveolárních struktur a plicního intersticia (zápal plic).

¹⁰ Pandemie znamená epidemii velkého rozsahu, zahrnující celé kontinenty v určitém časovém období.

¹¹ Distanční výuka je multimediální forma řízeného samostatného vzdělávání, kdy učitel a žák nejsou v přímém fyzickém kontaktu (NCDiV, 2022).

office¹². Některé rodiny zápolily se snížením nebo ztrátou příjmů. Nárůst nezaměstnanosti a ztráta příjmů posilují negativní emoce u jedinců tímto postižených (Dubey et al, 2020). Drulák (in Sušová-Salminen, Švihlíková, 2020) poukazuje na přesunutí veřejných zájmů do soukromých rukou. Určité produkty, např. vakcinace jsou manipulacemi zvýhodňovány bez ohledu na objektivní data. Běžné obchody krachují, a naopak v oblasti digitalizace bojují firmy o ovládnutí kyberprostoru a jejich příjmy enormně rostou. Dalším ekonomickým důsledkem je zadlužení státu v důsledku poklesu hrubého národního produktu a vládních opatření na záchranu nejvíce postižených.

Pohled na **společenský dopad pandemie** přináší Humerović (2019). Pandemie narušují smysl pro realitu a pořádek. Zdraví se bojí nemocných, kteří jsou nositeli nákazy, chtějí je izolovat, odstranit. Tím pandemie odděluje komunitu od jejího řádu a blahobytu. Vliv pandemie na chování nebo emoce jednotlivců vysvětluje „teorie nákazy“, kterou rozvinul Gustave Le Bon a později ji rozšířili Park a Blumer (in Duan, Lender, Humerović, 2019). Lidé navzájem napodobují emoce, když prožívají stres. Emoční nákaza vzniká automatickou mimikou a synchronizací hlasových projevů, postojů a pohybů s výrazy jiné osoby. Když lidé nevědomky zrcadlí emoce davu, cítí se podobně jako dav. Behaviorální nákaza je spontánní, nevyžádaná a nekritická napodobenina chování jiného. Strachu se daří kvůli nevědomosti a z dezinformacím, které mohou vést k panice, nekontrolovanému chování v masovém měřítku.

Moylan et al. (2010, in Ravens-Sieberer et al., 2021) uvedl, že v době strádání se **zhoršuje zdraví** a roste **agresivita**. Zejm. ženy, děti a senioři mohou být za sociální izolace vystaveni zvýšenému riziku, protože pokud budou svědky domácího násilí nebo ho sami zažijí, může být pro ně obtížnější vyhledat pomoc (Vigo, et al., 2020).

Dalším dopadem může být stigmatizace, společenské odmítání karanténního kordónu¹³, formy diskriminace, podezíravost a vyhýbání se okolí, nejistota ohledně majetku, předsudků na pracovišti a stažení se ze společenského dění i po omezení epidemií. To vše může vyústit v sociální neposlušnost, nezodpovědné chování a nízké sociální vnímání. Veřejnost se může obávat nedostatku nouzových a základních služeb souvisejících s jejich omezením na základě vládních opatření. Tato nerealistická panika může vést k hromadění trvanlivých

¹² Home office znamená práce z domova (slovníkcestiny.cz, nedat.)

¹³ Karanténní kordón je karanténní zóna proti šíření epidemie.

potravin, dezinfekce na ruce, léků, ochranných masek, toaletního papíru apod. (Dubey et al., 2020).

Společenský dopad pandemie ilustruje výzkum vedený Dr. Pitoňákem z NÚDZ ve spolupráci s Queer Geography (in Boháčková, 2020). Celkem 11 % dotazovaných se setkala s nějakou formou diskriminace nebo nevhodným chováním v důsledku nemoci COVID-19. Nejčastěji uváděli nadměrnou ostražitost, udavačství ze strany okolí, nevráživost vůči chalupářům, pendlerům¹⁴, Pražákům a nenávisť na sociálních sítích apod.

Pandemie podnítila vznik řady fám a konspiračních teorií o jejím vzniku (Drulák, in Sušová-Salminen, Švihlíková, 2020), šířily se dezinformace, řada osobností se vyjadřovala k tématům, ke kterým neměli odbornou způsobilost. Mezi lidmi se šířil strach z neznámého, z nejistoty a ohrožené budoucnosti.

Na nebezpečí negativního dopadu mimořádných událostí na společenské chování poukazuje japonská studie Shigemura et al. (2020) na základě zkušeností z let minulých. Všechny mimořádné události způsobily společenský rozvrat. Ohromující a senzační novinové titulky a obrázky šířily úzkost a strach, medializované informace podporovaly fámy. Postižení lidé byli vystaveni odmítání, diskriminaci a stigmatizaci.

Nad společenskými dopady pandemie se zamýšlí Hasmanová Marhánková (2021, s. 137): *„Dosavadní důraz na sociální vztahy jako rozhodující zdroj pohody, zdraví, kvality života (nejen) ve stáří byl překryt strachem z šíření viru. Izolace byla přeznačena z trestu na způsob ochrany, zdroj bezpečí.“* Hasmanová Marhánková upozorňuje na ageismus¹⁵. Především senioři se stali objektem zájmu politiky a médií. Z důvodu jejich ochrany byli vyčleněni ze společnosti, z veřejného prostoru i z rodiny. Návštěva staršího člena rodiny byla vyhodnocena jako riziková a nezodpovědná. Ustalo setkávání nejen mezi seniory navzájem, ale také s rodinnými příslušníky, sousedy, přáteli a s dětmi. Dopadem byl strmý nárůst osamělosti, depresí a úzkosti.

Pandemie COVID-19 negativně ovlivnila kvalitu osobního života, došlo k narušení stability jistot. Vyvolala u celé populace zvýšenou hladinu stresu a zejm. rodinný stres se zvýšil se stresory souvisejícími s COVID-19 a s následným lock-downem (van Mulokon et al., 2020, Overall et al., 2020, Pietromonaco & Total, 2020, in Thomeer, 2020). Jedním z důsledků lock-downu je nucená blízkost, která se stává základním rizikovým faktorem

¹⁴ Pendler je český pracovník denně dojíždějící do Německa za prací (prirucka.ujc.cas.cz).

¹⁵ Ageismus znamená proces stereotypizace a diskriminace jednotlivců či skupiny, který je založen na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu (ageismus.cz).

pro agresi a hněv, což by mohlo zvýšit napětí ve vztahu. Intimní vztahy, finanční potíže, různý pohled rodinných příslušníků na rizika nákazy COVID-19 a dodržování protiepidemických opatření (např. nošení roušek, fyzický distanc) mohou vést k nárůstu stresu ve vztahu, bránit párům v komunikaci, v řešení současných problémů, a tím oslabit stabilitu svazku (Thomeer, 2020). Předpovědi odhadují, že bude následovat nárůst rozvodovosti v důsledku COVID-19, podobně jako vývojové tendence po přírodních katastrofách a ekonomických recesích¹⁶ (Goldstein, 2020, in Thomeer, 2020).

Z pozitivních účinků koronavirové doby na společnost lze uvést vzednutí vlny solidarity zejm. na začátku pandemie. Lidé šili roušky a rozdávali je potřebným, vařili obědy záchranářům v první linii, děkovně tleskali z oken a na balkonech, vzrostla dobrovolnická činnost apod. (Hrubec, 2020).

Pandemie COVID-19 nepředstavuje jen zdravotní zátěž v podobě nákazy, ale možné potíže v oblasti duševního zdraví, ať už v návaznosti na samotné onemocnění nebo náročnou životní situaci. British Medical Journal (2020) varoval, že dopad pandemie na duševní zdraví jedinců bude trvat pravděpodobně déle než dopad na fyzické zdraví, když už infekční ohnisko zmizí. Světová zdravotnická organizace vydala doporučení „Jak zvládat stres v době epidemie COVID-19“, stejně jako postupně Ministerstvo zdravotnictví, Národní ústav duševního zdraví, katedry psychologie a jiné organizace či jednotlivci.

3.1 Dopady pandemie COVID-19 na duševní zdraví

V roce 2020 vydala WHO prohlášení, kde informovala, že hlavním psychologickým dopadem pandemie COVID-19 je zvýšená míra stresu nebo úzkosti a se zavedením karantény se očekává zvýšení úrovně osamělosti, deprese, škodlivého užívání alkoholu, drog, sebepoškozování a sebevražedného chování. Dále se předpokládají následující duševní a zdravotní důsledky koronaviru: extrémní strach a nejistota, snížené vnímané zdraví, negativní společenské chování vyvolané strachem a zkresleným vnímáním rizika, nespavost, hněv, extrémní strach z nemoci i u těch, kteří ji nejsou vystaveni, zvýšené užívání alkoholu a tabáku, sociální izolace, poruchy duševního zdraví (PTSD, úzkostné poruchy, deprese) (WHO, 2020). Národní ústav duševního zdraví zjistil, že v souvislosti s pandemií COVID-19 a souvisejícími restriktivními opatřeními vzrostl v květnu 2020 výskyt

¹⁶ Ekonomická recese je definována v makroekonomii jako pokles reálného hrubého domácího produktu po dvě nebo více následujících čtvrtletí v roce (Komerční banka, 2021).

duševních onemocnění u dospělé populace téměř na 30 %, a ani v listopadu 2021 výskyt neklesl (NUDZ, 13. 8. 2021). Jaký dopad mohou mít pandemie dopad na duševní zdraví zpočátku žádné studie nezjišťovaly. S rozšířením viru do celého světa začaly studie postupně zkoumat dopady COVID-19 nejen na fyzické, ale i duševní zdraví populace.

Pandemie COVID-19 vyvolala masivní nejistotu, zátěž a stres jak pro děti, tak i pro dospělé (Vigo et al., 2020). COVID-19 představuje vážnou hrozbu pro duševní zdraví tím, že zvyšuje míru úzkosti, deprese, posttraumatické stresové poruchy (PTSD) a negativního společenského chování (Shigemura et al., 2020).

Nejvýraznějším základním protiepidemickým opatřením a zároveň nejvyužívanějším je **karanténa**, která slouží k zamezení šíření či zpomalení viru. Poprvé byla karanténa zavedena v roce 1377 v Raguse (viz kapitola 3.2 Průřez historií největších pandemií). Od té doby se její využití rozšířilo do celého světa. Brooks (2020) definuje karanténu jako oddělení a omezení pohybu jedinců, kteří byli potencionálně vystaveni nakažlivé nemoci, s cílem zjistit, zda u nich nákaza propukne, či ne. Kdežto **izolace** znamená oddělení nakažených jedinců od zdravých. Až nedávné studie začaly upozorňovat na negativní vliv karantény a izolace na duševní zdraví. Studie (Kim et al., 2015) zkoumala účinek stresu způsobeného sociální izolací hemodialyzovaných pacientů, nakažených MERS-CoV v Saudské Arábii. Výzkum potvrdil, že nejen všichni pacienti v izolaci, ale také zdravotnický personál, který o ně pečoval, trpěli izolací a strachem z infekce a zažili extrémní fyzický a duševní stres po dobu 17 dnů izolace. Na delší trvání karantény, které je spojováno se zhoršením duševního zdraví, upozorňuje studie Neria et al. (2009). Pokud rodina trpí nedostatkem finančních prostředků a základních věcí, ztrátou jistoty a má obavy ohledně dalšího postupu, může být ztíženo zvládnutí karantény (Dubey et al., 2020). Právě Brooks et al. (2020) provedli přehled psychologického dopadu karantény pomocí tří elektronických databází. Zjistili, že delší trvání karantény patří mezi významné stresory, proto by měla být využívána jen v situacích, kdy je považována za nezbytnou. Úředníci by neměli nechat jednotlivce v karanténě déle, než je požadováno, měli by poskytnout jasné odůvodnění karantény, sdělit potřebné informace a zajistit dostatečné zásoby. Jako příznivé doporučení působí apelování na altruismus s tím, že připomíná přínosy karantény pro širší společnost. Portugalská studie (Afonso, 2020) se zabývala účinkem karantén malých skupin na duševní zdraví, zejm. kvůli virům SARS-CoV1, MERS-CoV, H1N1 a Ebola. Vzorky zahrnovaly několik stovek lidí, kteří pobývali v izolaci od 10 do 21 dnů. Až do výskytu pandemie COVID-19 neproběhla nikdy karanténa milionu lidí současně a bez ukončení,

což odpovídá dle studie negativnímu aspektu odolnosti duševního zdraví. Studie zjistila, že profylaktická karanténa spojená s pandemií COVID-19 vytváří řadu rizik pro duševní zdraví. Čím déle jsme izolovaní, tím se zvyšuje riziko vzniku duševních chorob. Karanténa může vést k rozvoji psychopatologických symptomů: depresivní nálady, podrážděnosti, hněvu, úzkosti, strachu, nespavosti atd. Asi tři roky po karanténě vzrostlo riziko abúzu alkoholu, příznaků posttraumatické stresové poruchy a deprese. Kromě stresu spojeného se strachem z nákazy existují další faktory zvyšující psychickou zranitelnost lidí v karanténě: ekonomické potíže, zvýšené riziko nezaměstnanosti i způsob truchlení během pandemie u jedinců, kterým zemřou jejich blízcí. Z důvodu preventivních hygienických opatření se pohřební obřady konají téměř bez přítomnosti příbuzných a přátel. Není jim tak umožněno důstojně se rozloučit se zesnulým.

Přehledový dokument Benedek et al. (2007, in Ćosić, Popović, Šarlija, Kesežić, 2020) upozorňuje, že karanténa je prediktorem diagnózy akutní stresové poruchy u pracovníků veřejného zdraví.

Katastrofy jsou nezávislé události, které jdou mimo kontrolu jedince. Podle Neria et al. (2009) souvisí dopad katastrof na duševní zdraví s rozsahem katastrofy samotné. Záleží i na typu katastrofy, zda je přírodní, způsobená lidmi nebo technologická. Stresory kategorizuje do tří skupin na: traumatické stresory (ztráty na životech, ohrožení života, zranění, zděšení, svědectví), ztrátu majetku, financí a jiných zdrojů a přetrvávající nepřízeň osudu (od přestěhování až po chronický stres). Vyjma katastrofy samotné negativně ovlivňují duševní zdraví velké komunity prostřednictvím nepřímých cest jako je medializace, dezinformace. Traumatické události velkého rozsahu mají dopad na sociální a osobní postoje, mohou způsobit i změny ve společnosti (Farlane, 2005). U většiny typů traumat, včetně katastrof, je značná část populace zasažena minimálně a je schopna se přizpůsobit nepříznivým okolnostem (Neria, 2009). Pfefferbaum, North (2020) uvádí, že po katastrofách je většina lidí odolná a nepodléhá psychopatologii, někteří dokonce objevili své lepší stránky. Odolní jedinci projevují po katastrofě pouze přechodné, mírné, stresové reakce, které pravděpodobně významně nenarušují další fungování a jsou obvykle krátkého trvání (Neria, 2009). Některé skupiny však mohou být naopak zranitelnější vůči psychosociálním účinkům pandemií (senioři, osoby se sníženou imunitní funkcí apod.).

Naproti tomu Ćosić et al. (2020) uvádí, že s rozsáhlými katastrofami jsou spojeny poruchy duševního zdraví související se stresem: 14 % případů PTSD mezi populací do 20 km od epicentra zemětřesení v roce 1988 v Číně (Cao et al., 2003), 25 % případů PTSD

po zemětřesení v Turecku v roce 1999 (Tural et al., 2004), zvýšená míra PTSD, deprese a úzkosti po tsunami v Indickém oceánu v roce 2004 u dospělých na Srí Lance (Hollifield et al. 2008) a Thajsku (Van Griensven et al. 2006), 31 % případů PTSD u dětí a dospívajících po cyklonu v Indii (Kar et al., 2007) a 29 % případů PTSD, 26 % případů deprese a 44 % insomnie mezi evakuovanými z lesních požárů v roce 2016 v Albertě v Kanadě (Belleville et al., 2019).

Jiný pohled dopadu pandemie na duševní zdraví přináší Humerović et al. (2019). Podle něj existuje paralela mezi infekční nemocí jako skutečnou nákazou a duševní nemocí jako symbolickou nákazou. Pandemický a epidemiologický proces se odráží v myšlenkách, v chování a v emocionálních reakcích. Fyzické onemocnění má své patogeny, šíří se, sleduje způsoby přenosu, kvasí během inkubace a propukne v přemnožení u hostitele. Podobně je tomu u psychologických aspektů vypuknutí infekčních nemocí, které mají jádra dezinformací, živí se nejistotou, rostou pochybnosti, inkubují se v limbickém systému, odkud se prostřednictvím médií a komunikací přenášejí a explodují v podobě individuální nebo masové paniky a hrozí, že ovládnou copingové zdroje jednotlivce nebo celé komunity.

Fyzický distanc, sociální izolace, ohrožení zdraví sebe nebo blízkých, dezinformace, změna pracovních návyků či ztráta zaměstnání, finanční nejistota, zátěž pro pečovatele při naplňování sociálních a vzdělávacích potřeb dětí (souvisejících s uzavřením škol a center péče o děti) mohou vést ke zvýšenému stresu a k nárůstu konfliktů v rodinách. Rodiče byli mnohokrát zapojeni do více úkolů a rolí najednou, museli si přeorganizovat svůj čas, aby se kromě péče o děti mohli zabývat i požadavky svého zaměstnání. Rodiče jako pečovatelé jsou nezbytní pro psychickou podporu svých dětí. Pokud jsou zaneprázdněni vlastními problémy, pak se schopnost být oporou a tlumit stres svých dětí postupně snižuje a dítě je odkázáno samo na sebe. To může následně vést ke zvýšenému stresu a zhoršení studijních výsledků dětí (Prime et al., 2020), pandemie se stane pro dítě traumatizující (Courtney et al., 2020).

Vzhledem k faktu, že pandemie COVID-19 stále probíhá, nelze uvést všechny důsledky a konkrétní dopad na duševní zdraví.

3.1.1 Výzkumy dopadu pandemie COVID-na duševní zdraví

Tato podkapitola přinese výšeč dostupných výzkumů o dopadu pandemie COVID-19 na duševní zdraví z let 2020 až 2021. Výzkumy potvrzují negativní dopad na duševní

zdraví. V následujících podkapitolách autorka popíše depresi a úzkostné poruchy, které jsou aktuálně nejvíce uváděné v souvislosti s dopadem pandemie COVID-19 na duševní zdraví.

Už první nereprezentativní studie z Číny, USA, Brazílie, Indie, Itálie a Německa poukázaly na negativní dopad COVID-19 na duševní zdraví. Souhrnné odhady získané v prvním roce pandemie přinesly zjištění, že jeden ze čtyř mladých lidí na celém světě zažívá klinicky zvýšené příznaky deprese a jeden z pěti mladých jedinců má klinicky zvýšené příznaky úzkosti. Postupně se tyto odhady zvýšily až na dvojnásobek (Racine et al., 2021). Nereprezentativní studie z Číny, kde se COVID-19 rozšířil nejdříve a zpočátku postihoval většinu lidí, uváděly zvyšující se úroveň stresu, úzkosti a deprese (Ravens-Sieberer et al., 2021). Jiao et al. (2020) uvedli, že děti a dospívající ve věku 3 až 18 let byly v úzkém kontaktu s infikovanými osobami, jednu třetina z nich sužoval strach, podrážděnost, nepozornost a lhostejnost. Xie et al. (2020) zjistili, že 23 % dětí z druhé až šesté třídy na základní škole mělo depresivní příznaky a 19 % úzkostné symptomy. Zhou et al. (2020) shledali, že v Číně 44 % středoškoláků ve věku 12 až 18 let během vypuknutí COVID-19 vykazovalo depresivní příznaky, 37 % vykazovalo úzkost a 31 % mělo oba typy příznaků. Studie Duan et al. (2020) naznačuje, že pandemie COVID-19 měla výrazný psychosociální dopad na děti a dospívající, kdy míra úzkosti dětí a adolescentů byla 24 % a depresivními příznaky trpělo 22 % respondentů.

V metaanalýze 29 studií z USA (Racine et al., 2021) byly odhady souhrnné prevalence klinicky zvýšené deprese 25 % a úzkosti u dětí a dospívajících 20 %. Prevalence deprese a úzkosti se během pandemie COVID-19 zdvojnásobila. Před pandemií Covid-19 byla míra klinicky významných symptomů generalizované úzkosti a depresivních symptomů mladistvých přibližně 12 % a 13 %. Během pandemie trpěla mládež sociální izolací, zvýšeným rodinným stresem, sníženou sociální interakcí s vrstevníky, což jsou potenciální příčiny psychické úzkosti a potíží s duševním zdravím. Depresivní příznaky zahrnovaly pocity smutku, ztrátu zájmů a potěšení z činností, narušení spánku, chuti k jídlu. Symptomy generalizované úzkostné poruchy se u mládeže projevovaly nekontrolovanými obavami, strachem a nadměrným vzrušením. Nejistota, narušení každodenní rutiny, obavy o zdraví a pohodu v rodině a u svých blízkých byly pravděpodobně spojeny s nástupem generalizované úzkosti adolescentů. Výzkum prokázal zhoršení příznaků u dětí a mládeže se širokou škálou úzkostných poruch, včetně sociální úzkosti. (Racine et al., 2021)

Skupina vědců Loades et al. (2020) revidovala 83 vědeckých článků (80 studií) s cílem zjistit, jak ovlivňuje sociální izolace/osamělost duševní zdraví dětí a dospívajících. Celkem

45 studií zkoumalo průřezový vztah mezi depresivními příznaky a osamělostí anebo sociální izolací. Celkově 12 z 15 studií zjistilo, že osamělost je spojena s depresí a vysvětlily významnou část rozptylu v závažnosti symptomů deprese o několik měsíců až několik let později. Trvání osamělosti vrstevníků spíše, než intenzita osamělosti vrstevníků bylo spojeno s depresí o 8 let později (tj. od 5 do 13 let); naopak rodinná osamělost nebyla spojena s následnou depresí. Trvání osamělosti bylo silněji spojeno s úzkostí než intenzita osamělosti. Sociální úzkost byla středně silně až silně spojena s osamělostí/sociální izolací a mezi generalizovanou úzkostí a osamělostí/sociální izolací byly mírné asociace. Tři ze čtyř studií, které zkoumaly dlouhodobý účinek osamělosti na úzkost, zjistily, že osamělost byla spojena s pozdější úzkostí. Jedna studie mladých adolescentů zjistila rozdíly podle pohlaví, přičemž osamělost byla spojena s pozdější sociální úzkostí u mužských účastníků, nebyla u ženských účastnic.

V České republice analyzoval data z opakované průřezové studie na reprezentativním vzorku neinstitucionalizovaných dospělých tým Petra Winklera z NUDZ¹⁷ v Klecanech. Od roku 2017 stoupla prevalence deprese a suicida na trojnásobek a prevalence úzkostných poruch se téměř zdvojnásobila (Höschl, 2020). Výzkumný projekt Bartoš a kol. (2020) zjistil, že v první fázi pandemie trpělo zhoršeným duševním zdravím 20 % respondentů (příznaky alespoň středně těžké deprese nebo úzkosti), což byl trojnásobný nárůst oproti stavu před pandemií. Nejvíce byli zasaženi mladí lidé ve věku 18-24 let 36 %, ženy s dětmi 37 %, respondenti z domácností postižených vysokým propadem příjmů 30 % a ženy 26 %.

Fakulta sociálních věd UK spolu se Sociologickým ústavem Akademie věd ČR a psychology (Soukup a kol., 2020) prováděla průzkum na českých vysokých školách po třetí vlně pandemie COVID-19. Z šetření bylo zjištěno, že míra příznaků deprese u vysokoškoláků zůstala zvýšená jako na jaře 2020. Vyšší úroveň depresivních symptomů vykazovaly studentky. Na duševní stav studentů měl negativní dopad nedostatek finančních prostředků, distanční výuka a obava z nedokončení ročníku. Míra pocitu osamělosti studentů se během pandemie nezměnila, podle škály osamělosti Kalifornské univerzity v Los Angeles (UCLA) se cítilo osaměle 37 %.

Studie (Magson et al., 2020) zjistila, že změny v depresivních a úzkostných příznacích byly silnější u dospívajících, kteří se cítili sociálně odpojeni. Analýza výsledků odhalila, že obavy související s COVID-19, potíže s učením online a zvýšený konflikt s rodiči

¹⁷ NUDZ = Národní ústav duševního zdraví.

předpovídaly nárůst problémů duševního zdraví, zatímco dodržování příkazů zůstat doma a pocit sociálního propojení během lockdownu COVID-19 chránilo proti špatnému duševnímu zdraví. Četnost vystavení zprávám tradičních médií (zejm. televize a noviny) o COVID-19 neměla významný vliv na změny symptomů deprese, úzkosti nebo životní spokojenosti.

Výzkum, vedený Dr. Pitoňákem z NÚDZ ve spolupráci s Queer Geography (in Boháčková, 2020) se zaměřil na zhodnocení stavu duševního zdraví, na zjištění přítomnosti depresivních nebo úzkostných problémů u 2454 respondentů na základě online dotazníku z dubna 2020. Z výsledků vyplynulo, že 42 % žen a 57 % mužů nemělo žádné duševní potíže, lehké duševní potíže uvedlo 35 % žen a 28 % mužů. Středně závažné a vysoce závažné potíže přiznalo 23 % žen a 15 % mužů. Na přítomnost úzkostných potíží ukazují výsledky u 14 % žen a 10 % mužů, na přítomnost deprese u 15 % žen a 8 % mužů. Oba druhy potíží se překrývají. Celkem 428 respondentů (17 %) připustilo v posledních měsících sebevražedné myšlenky. V závažném riziku ohrožení sebevraždou bylo 13 % mužů oproti 7 % žen.

Studie ze 63 zemí Warma et al. (2021) zkoumala dopad pandemie COVID-19 na psychické potíže globálně a identifikovala faktory, které mohou zhoršit pokles duševního zdraví. Více než 70 % respondentů mělo více než střední hladinu stresu, přičemž 59 % splňovalo kritéria pro klinicky významnou úzkost a 39 % uvádělo mírné depresivní příznaky. Špatný spánek, nižší úroveň odolnosti, mladší věk a osamělost významně ovlivňují vazbu: stres-deprese, stres-úzkost. Věkové rozdíly odhalily, že mladší věkové skupiny byly náchylnější ke stresovým, depresivním a úzkostným příznakům.

3.1.2 Deprese

Pojem deprese je všeobecně známý termín, slouží k označení různých duševních stavů charakterizovaných skleslostí, nevykonností, nerozhodností, útlumem tělesných a duševních procesů. Významně snižuje kvalitu života. Pojem deprese je odvozen ze slov latinského původu *deprimere*, *depressio*, což znamená stlačený, skleslost.

V běžném životě se jedná o často skloňované populární slovo, jehož význam je mylně spojován hlavně se smutnou náladou a sklíčeností. Ne každý, kdo má smutnou náladu trpí depresí.

Vokurka, Hugo (1998) vysvětlují depresi jako potlačení či snížení určité funkce, nebo jako duševní stav, který vystihuje nadměrný smutek. Může být součástí neurozy, psychózy nebo reakcí na závažnou událost (Vokurka, Hugo, 1998).

Praško a kol. (2008) definují depresi jako onemocnění celého organismu. Postihuje tělo, náladu, myšlení a chování, zasáhne každodenní život jedince.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10) se deprese řadí mezi Poruchy duševní a poruchy chování, konkrétně mezi Afektivní poruchy (poruchy nálady) F30 – F39. Depresivní poruchy jsou kódovány F32 – F34.

Ke klinickým projevům deprese patří patologická depresivní nálada neodpovídající aktuální životní situaci jedince. Dochází k narušení jeho autoregulačních funkcí, útlumu potřeb a volní aktivity. Nemocný ztrácí schopnost prožívat radost, cítí úzkost, bezmoc, beznaděj, pesimismus, má pocity viny, kognitivní zpracování informací je narušené, přeceňuje vlastní chyby, dochází ke změně psychomotorického tempa, pociťuje únavu, vyčerpanost, objevuje se nechutenství, sexuální apetence (Vágnerová, 2004).

V odborné terminologii mohou symptomy deprese sloužit k označení různých onemocnění. Depresivní příznaky se do určité míry podobají negativním symptomům doprovázejícím onemocnění schizofrenii (Vágnerová, 2004) a jsou součástí několika dalších diagnostických jednotek (Goetz, 2005):

- F31 Bipolární afektivní porucha;
- F32 Depresivní fáze;
- F33 Periodická depresivní porucha;
- F34 Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady);
- F41 Úzkostně depresivní poruchy;
- F43 Poruchy přizpůsobení.

Deprese se dělí podle etiologie a patogeneze na (Smolík, 1996):

- endogenní (psychotické) deprese;
- reaktivní (neurotické) deprese;
- unipolární deprese;
- bipolární deprese.

U endogenní formy deprese by měly být přítomny biologické příčiny. Mezi hlavní příznaky patří: ztráta zájmů, psychomotorická retardace nebo agitovanost, snížená reakce na vnější

podněty, nechutenství, snížení tělesné hmotnosti, brzké ranní probuzení, cirkadiánní rytmus závažnosti příznaků s nejtěžším stavem ráno a zlepšením odpoledne.

Reaktivní formy deprese mají etiologický podklad v psychologických a existencionálních faktorech.

U deprese unipolární se vyskytují pouze depresivní stavy.

U deprese bipolární dochází ke střídání deprese a mánie nebo hypománie.

V psychiatrii se při diagnostikování aktuálně vychází ze 2 klasifikací: Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN = ICD)¹⁸ – 10. revize (MKN-10) a Diagnostického a statistického manuálu (DSM-5). V obou klasifikačních systémech jsou afektivní poruchy rozčleněny do různých syndromologických a nosologických kategorií.

MKN-10 rozlišuje depresivní poruchu a vymezuje, zda se jedná o první ataku, nebo periodický výskyt onemocnění. Depresivní porucha se specifikuje podle závažnosti na:

- lehkou;
- středně těžkou;
- těžkou;
- těžkou s psychotickými příznaky.

Uvedené formy se vyskytují vzácně před 7. rokem věku. Běžně se s nimi lze setkat až v adolescenci (Dudová, 2007).

Při stanovení diagnózy deprese je třeba vyloučit určitá somatická onemocnění, vyvolávající některé depresivní příznaky. Jedná se o tzv. symptomatické deprese, doprovázející onemocnění: onkologická a kardiovaskulární (vztahující se k emoční reaktivitě nemocného – teorie osobnosti typu A, C), autoimunitní poruchy (lupus erythematosus), endokrinopatii (hypothyreóza), infekce (HIV), nespecifické střevní záněty (Crohnova choroba a ulcerózní kolitida) (Kryl, 2001).

¹⁸ MKN = diagnostický a klasifikační standard WHO, který vymezuje škálu nemocí, poruch poranění a dalších souvisejících zdravotních stavů, které jsou strukturovány komplexním hierarchickým způsobem. Používá se jako základní nástroj ke sběru dat pro klinické, administrativní a výzkumné účely (MZČR). WHO schválila 11. revizi MKN, která bude plně elektronická. Na její přijetí se připravují Ministerstvo zdravotnictví České republiky a Ústav zdravotnických informací a statistiky.

3.1.3 Úzkost, úzkostnost a úzkostné poruchy

Etymologický původ slova úzkost nalezneme ve staročeštině a znamenala úžinu, rozsedlinu, propast, sklíčenost, tíseň, nesnáž. Do latiny je přeložena jako *angor*, který má blízko ke slovu *angustus*, což označuje těsnost, úzkost (Vymětal, 2007).

Úzkost je běžná reakce organismu na stres nebo nebezpečí, může ji vyvolat pouhá představa ohrožení. Když má jedinec úzkost pod kontrolou, nezpůsobuje mu ani psychické, ani tělesné poškození. Může naopak stimulovat k účelnější reakci na nepříjemné situace a motivovat k lepšímu výkonu. Je nezbytná pro přežití, vyostřuje smysly, spouští hormonální změny, které pomáhají ohrožení zvládnout pomocí boje nebo útěku (Praško, 2012).

Vágnerová (2014, 375) definuje úzkost jako „*nepříjemný citový stav, v němž převažuje napětí, obavy a předtuchy neurčitého obsahu*“.

Pokud úzkost trvá dlouho, je nepřiměřeně silná, objevuje se často, v nevhodných situacích a jedinec nad ní ztrácí kontrolu, pak mu znepríjemňuje život, dochází ke změnám v celkovém zvládnání životních situací, člověk reaguje neadekvátně a neúčelně, může vést k somatizaci a rozvoji duševních poruch.

Patologická úzkost je „*důsledkem selhání regulace úzkosti a selhání její adaptivní funkce*“ (Libigerová, Remedia, 2003, 443). Výsledkem patologické úzkosti je permanentní napětí a neustálá pohotovost k obraně.

Úzkost jako nemoc definuje Libigerová (Remedia, 2003, 443) jako „*abnormální reakci na relativně bezpečný svět*“.

Podle Praška (2012) utvářejí úzkost následující tři složky, které jsou ve vzájemné interakci:

- tělesné pocity (svalové napětí, tremor, pocení, bušení srdce, zvýšená mikce, mravenčení, teplo v žaludku, hyperventilace, pocit dušnosti, tachykardie apod.);
- chování (reakce jedince v situaci, která v něm vyvolá úzkost – např. panika, úlek, děs, obezřetnost, vyhýbání se apod.);
- myšlenky, představy a přesvědčení (to, co si říká jedinec sám pro sebe, co mu v dané situaci hrozí).

Úzkost je sycená strachem. Strach formuje obava z něčeho určitého a také vyvolává pocit ohrožení. Hellerová (2022) definuje strach jako emoční a fyziologickou odpověď na konkrétní ohrožení, jež trvá jen po dobu jeho existence. Má signální a preventivní funkci.

Může být racionální i iracionální. Strach je ovlivňován učením, negativní zkušenosti jej posilují a za určitých podmínek se může změnit ve fobii (Vágnerová, 2014). Neexistuje přesné rozhraní mezi strachem a úzkostí. Úzkost a strach se podílejí na formování, rozvoji osobnosti a na socializaci člověka (Vymětal a kol., 2007). Z pohledu experimentální psychologie představují úzkost i strach osvojené mechanismy učení, mohou být vyvolány a udržovány dodáním určitých informací a jejich kognitivním zpracováním (Vymětal a kol., 2007).

V psychologii se nahlíží na strach a úzkost buď jako na stav (aktuální úroveň emoce, kterou lze měřit a srovnávat), nebo jako na osobnostní rys (Vymětal a kol., 2007).

Úzkost jako osobnostní rys (úzkostnost, úzkostlivost) vyjadřuje trvalejší charakteristiku člověka, která demonstruje míru mobility k bojácnému chování a prožívání. Je podmíněna konstitučně a interpersonální zkušeností, lze ji měřit a srovnávat (Vymětal a kol., 2007). „Sklon reagovat úzkostnými prožitky je vrozený, ale mohou jej posilovat negativní zkušenosti“ (Vágnerová, 2017, 376).

Projevy úzkosti a strachu vnímáme jako (Vymětal a kol., 2007):

- základní charakteristiku poruchy;
- osobnostní rys;
- symptomy doprovázející jiné základní poruchy a onemocnění (somatické, kardiovaskulární, endokrinní, psychiatrické, zneužívání návykových látek apod.).

Úzkost se projevuje v klinických poruchách, které bývají v komorbiditě s depresí. Klasifikační systém MKN-10 člení neurotické a úzkostné poruchy podle převažujících symptomů (úzkost, strach, fobie, deprese, obsese, kompulze, depersonalizace, derealizace, konverze, somatoformní příznaky) a řadí je pod kategorii „Neurotické poruchy, stresové a somatoformní poruchy“ (F40-F49). U úzkostných poruch je úzkost nejen dominantním příznakem, ale i jedním z hlavních činitelů etiopatogeneze¹⁹. Průběh úzkostných poruch je dlouhodobý a mají tendenci chronifikovat. Mezi úzkostné poruchy a poruchy vyvolané stresem MKN-10 patří následující poruchy, autorka uvádí výčet některých:

- F40 Fobické úzkostné poruchy;
- F40.0 Panická porucha;
- F40.1 Sociální fobie;

¹⁹ Etiopatogeneze = soubor příčin a mechanismů, které vedou ke vzniku nemoci.

- F40.2 Specifické (izolované) fobie;
- F40.8 Jiné anxiózně fobické poruchy;
- F40.9 Anxiózně-fobická porucha NS;
- F41 Jiné anxiózní poruchy;
- F41.0 Panická porucha (epizodická záchvatovitá úzkost);
- F41.1. Generalizovaná úzkostná porucha;
- F41.2 Smíšená úzkostná a depresivní porucha;
- F41.3 Jiné smíšené úzkostné poruchy;
- F41.8 Jiné určené úzkostné poruchy;
- F41.9 Úzkostná porucha NS;
- F42 Obsedantně-kompulzivní porucha;
- F43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení;
- F43.0 Akutní stresová reakce;
- F43.1 Posttraumatická stresová porucha;
- F43.2 Poruchy přizpůsobení.

U somatoformních poruch (F45) jsou v popředí tělesné potíže.

Úzkostné poruchy mohou mít podobu specifické poruchy osobnosti. Porucha osobnosti je definována jako soubor charakterových a temperamentových rysů, které se odlišují od aktuální sociokulturní normy. Projevují se neobvyklým nebo maladaptivním chováním, které poškozuje jedince v sociálních a vztahových oblastech (Vágnerová, 2004). Úzkost a strach jsou typické pro kategorie (Vymětal a kol., 2007; Praško a kol. 2015):

- F60 Specifické poruchy osobnosti;
- F60.5 Anankastická porucha osobnosti;
- F60.6 Vyhýbavá (anxiózní) porucha osobnosti;
- F60.7 Závislá porucha osobnosti.

V rámci této rigorózní práce považuje autorka úzkost za běžnou reakci organismu na stres a pokud ji nemá jedinec pod kontrolou, může vést k somatizaci a rozvoji duševních poruch.

3.2 Průřez historií největších pandemií

Infekční onemocnění provázejí lidstvo od nepaměti, některá se objevují v pravidelných intervalech. K jejich vzniku přispívá mnoho faktorů (mikrobiální adaptace a změna, lidská

demografie a chování, environmentální, klimatické, sociální a politické změny, technologie a ekonomický rozvoj, zhroucení opatření a dohledu v oblasti veřejného zdraví a mezinárodní cestování a obchodu). Šíření infekčních nemocí v průřezu dějin podporovala především migrace lidí za obchodem, vojenská tažení a náboženské poutě (Wilson, 1995). V průběhu dějin postihlo lidstvo několik pandemií, které rozložily společnost tím, že vyhladily celé populace a ovlivnily tak historické události. Paradoxně také uvolnily cestu pro inovace, pokrok ve vědě, zlepšení životní úrovně, obecných preventivních opatřeních a imunizace²⁰. Infekční onemocnění byla a jsou prozkoumávána zejm. lékařskými obory. Humanitními obory, kromě historie, byla pandemiím až do jara 2020 věnována malá pozornost. Cílem této kapitoly není podrobně se zabývat diagnostikou všech infekčních nemocí, které přerostly v pandemii. Cílem této podkapitoly je přinést v průřezu historií informace o největších pandemiích. Byly získány z dostupných literárních a internetových zdrojů o dopadu pandemie na životy lidí. V průřezu historií pandemií lze najít podobnosti se současnou pandemií COVID-19, ať už v zaváděných protiepidemických opatřeních, nebo v jejich dopadech. Výjimku tvoří dopad na duševní zdraví, který začal být zkoumán teprve v posledních desetiletích.

Athénský mor – pandemie tyfu (430 př.n.l.)

Patří mezi nejstarší pandemie. Pocházel z Etiopie a rozšířil se po celém Egyptě a Řecku. Popsal jej Thucydides (Humerovič, 2019). Mezi příznaky patřily: bolesti hlavy, horečka, vyrážka po těle, křeče žaludku, vykašlávání krve, zvracení. Infikovaní umírali 7. až 8. den. Jedinci, kteří přežili, trpěli částečnou paralýzou, amnézií nebo slepotou. Pečující osoby a lékaři se často nakazili a zemřeli. Zoufalství způsobené morem vedlo ke lhostejnosti lidí k zákonům a Bohům. Zemřelo 25% populace. Příčina nemoci nebyla jasně stanovena. Předpokládá se břišní tyfus a Olson a kol. považují za příčinu hemoragickou horečku způsobenou virem Ebola (Humerovič, 2019).

Antonínský mor – Galénův mor (165 až 180 n.l.)

Je pojmenovaný podle římského císaře Marka Aurelia (Marcus Aurelius Antonius Augustus) a dokumentujícího lékaře Galéna. Do Římské říše jej zavlekli vojáci vracující se ze Seleucie, dále zasáhl Malou Asii, Egypt a Řecko. Pravděpodobnou příčinou byly neštovice. Trval 20 let, vyžádal si 5 miliónů mrtvých. Oslabil vojenskou a ekonomickou

²⁰ Imunizace (aktivní, pasivní) = je umělé vytváření odolnosti organismu proti určitým infekcím, buď podáním části cizorodých látek nebo již hotových protilátek (Vokurka, Hugo, 1998).

převahu římské říše, zdecimoval římskou armádu, zasáhl starořímské tradice. Vedl k obnovení duchovnosti a nábožnosti, vytvořil podmínky pro šíření nových náboženství, včetně křesťanství (Humerovič, 2019).

Justiniánský mor – pravý mor (541 až 750 n.l.)

Jednalo se o pandemii tzv. pravého moru způsobenou bakterií *Yersinia Pestis*. Nákaza vznikla pravděpodobně v Etiopii nebo ve středoasijských stepích, odkud se rychle rozšířila po obchodních trasách do Afriky, Itálie a západní Evropy prostřednictvím hlodavců (krys a potkanů) na lodích, k přenosu na člověka došlo infikovanými blechami. Justiniánský mor pravděpodobně popsal Prokop, Jan z Efezu a Evagrius (Humerovič, 2019).

Mor se vyskytoval ve dvou formách. Za klasickou formu je považován dýmějový mor (bubonická, žláznová forma) projevující se zduřením a zčernáním lymfatických uzlin, horečkou, únavou, krvácením, zažívacími problémy, a ještě před vypuknutím nemoci halucinacemi. Infikovaní jedinci se brzy dostali do deliria a letargie. Mezi další klinickou formu moru patří pneumonie, sepse a meningitida (Lobovská, 2001). Historikové se rozcházejí v počtu obětí, který se odhaduje na 30 až 50 miliónů lidí.

Pandemie oslabila fyzickou, ekonomickou a kulturní infrastrukturu Byzance. Ulice byly opuštěné, obchod nefungoval. Základní potraviny se staly vzácnými, lidé umírali hladem, i na samotné onemocnění. Byzantská armáda nebyla schopna obsadit své řady a provádět vojenská tažení, což umožnilo rozšíření Islámu do Středomoří.

Černá smrt

Dýmějový mor se objevil asi v roce 1334 ve střední Číně v provincii Chu-pej. Odtud se šířil střední Asii a severní Indií roku 1347 po Hedvábné stezce mongolskými nájezdníky na Krym (Tataři házeli mrtvoly za hradby pevnosti Feodosia). Ze sicilské Messiny, kam byl zavléčen janovskými námořníky, se rozšířil do Evropy. Jeho šíření podporovalo obchodování a s tím související cestování a následné rabování opuštěných obchodních lodí, jejichž posádka vymřela a mor. Tak roznesli místní nákazu mezi další obyvatele (ČT24, 2020).

Do Čech mor pronikl v letech 1357 až 1362, svého vrcholu dosáhl v roce 1380. Odhaduje se, že celkově u nás tehdy zemřelo 10 % populace, některé oblasti venkova byly vylidněny. V českých zemích přicházela černá smrt v dalších vlnách i v dalších staletích: roku 1390, v letech 1403 až 1406, roku 1483, v letech 1520 až 1521. Poté k nám byla znovu zavléčena

z Vídně v letech 1679 až 1680, kdy např. v Praze bylo evidováno 12 000 obětí. Poslední vlna v Čechách a na Moravě se datuje v letech 1713 až 1715, celkový počet obětí dosáhl 200 000 lidí (Černý, 2014).

Úmrtnost černé smrti se lišila mezi regiony, byly vyhlazeny některé osady či celá města. Plodiny nemohly být sklizeny, omezil se obchod a cestování. Dlouhodobý nedostatek pracovních sil podnítil inovace technologií šetřících práci, čímž se zvýšila produktivita. Pandemie vedla ke vzniku nové střední třídy, protože byly rozbity rozdíly mezi nižší a vyšší třídou. Pandemie si vyžádala celosvětově za 50 let asi 150 milionů životů, v Evropě asi 60 % (Humerović, 2019). Katolická Evropa vnímala černou smrt jako „trest za hříchy“, snažila se identifikovat jednotlivce a skupiny (zejm. ženy a menšiny), kteří byli největšími hříšníky proti Bohu. Židé v Evropě byli obviňováni z otravy studní, celé komunity byly pronásledovány a zabíjeny. Podobný osud zastihl nekatolické křesťany Katary. Společnost byla vyděšená a zmatená, lékařů byl nedostatek, což vedlo k rozvoji šarlatánství. Obce uzavíraly smlouvy s mladými lékaři jakéhokoliv postavení, aby mohli plnit funkci „morového lékaře“. Moroví doktoři pečovali o nemocné, zaznamenávali do veřejných záznamů úmrtí způsobená morem, jako jediní mohli provádět pitvy, aby určili příčinu smrti, a mohli se tak učit o lidské anatomii. Mezi nejznámější morové lékaře patřili Nostradamus, Ambrois Pare a Paracelsus. Morový doktor byl inspirací pro pozdější vytvoření kostýmu morového lékaře od Charlese De l'Orme (Humerović, 2019).

Středověká společnost vyzorovala souvislost mezi plynutím času a propuknutím příznaků, proto začala zavádět povinnou izolaci. První karanténu přijali v roce 1377 v Raguse (Dubrovniku). Všichni příchozí museli strávit před vstupem do města 30 dní na ostrově Lokrum. Později bylo 30 dnů prodlouženo na 40 dnů, odtud pochází název karanténa (quranta). Následně se rozšířilo použití karantény po celé Evropě. V současnosti je karanténa využívána v oblasti veřejného zdraví jako vysoce koordinovaná strategie vnitrostátní a mezinárodní kontroly nemocí (Tognotti, 2013).²¹

Sdílená zkušenost z pandemie moru ovlivnila všechny formy umění. Převážně z období baroka pocházejí morové sloupy, které se stavěly jako symbol poděkování za odvrácení nákazy a zároveň jako symbol ochrany před morovou epidemií.

²¹ V České republice definuje karanténu a izolaci zákon o ochraně veřejného zdraví.

Pravé neštovice = Variola

Variola je infekční virové onemocnění, které se vyskytovalo ve 2 formách: těžší (variola major) s úmrtností až 30 % a lehčí (variola minor) s úmrtností 1 %. Infekce se přenášela vzduchem kapénkami nebo kontaminovaným prachem do sliznice dýchacích cest. Inkubační doba byla 12 dnů. V první fázi se objevovaly příznaky podobné chřipce – infikovaný trpěl bolestí hlavy, nevolností a třesavkou. Poté nastala horečka. Při poklesu tělesné teploty se objevily po celém těle puchýřky, které obsahovaly infekční sekret.

Předpokládá se, že dosažení endemické²² formy varioly došlo už v Indii před 2500 až 3000 lety, kde se zřejmě nakazili i vojáci Alexandra Makedonského. Od 5. století se datují zprávy o výskytu neštovic v Evropě. V 16. století zavlekli španělští dobyvatelé variolu do Střední Ameriky, kde měla devastující dopad na původní obyvatelstvo a byla jedním z faktorů pádu říše Aztéků a Inků (Havlík, Machala, 1996). Neštovice provázely lidstvo až do 20. století, přestože se už ve staré Číně, Indii a Africe pokoušeli o variolizaci²³. Historické prameny uvádějí, že jen ve 20. století podlehl variole 500 milionů lidí (Skoupý, Ryneš, Šára, Kuncová, 2020). Vakcinaci²⁴ proti variole objevil Edward Jenner v roce 1796. V roce 1966 přijala WHO²⁵ program eradikace²⁶ varioly a 8. 5. 1980 díky rozsáhlému programu očkování prohlásila variolu za vymýcenou (Havlík, Machala, 1996).

Přesto došlo v roce 1972 k vypuknutí neštovic v bývalé Jugoslávii. V daném regionu nebyl případ neštovic pozorován déle než 30 let, proto lékaři nedokázali správně diagnostikovat onemocnění poutníka, u něhož došlo k horečce a kožním vyrážkám. Ilic & Ilic (2017, in Humerović, 2019) uvádějí, že 9 poskytovatelů zdravotní péče skončilo mezi 38 infikovanými a došlo k prvnímu úmrtí. Celkem bylo evidováno 175 případů, z toho 35 úmrtí. Jugoslávie vyhlásila stanné právo a zavedla povinné revakcinace. Hranice byly uzavřeny, nepodstatné cestování bylo pozastaveno, celé vesnice a jejich okolí byly uzavřeny

²² Endemie = označuje trvalý výskyt infekčního onemocnění, ohraničeného v určité oblasti, kde se udržuje i bez přísunu zvenčí (Vokurka, Hugo, 1998).

²³ Variolizace = metoda aktivní imunizace slabým neštovičkovým virem za účelem vyvolání slabé místní infekce a dosažení imunity (Havlík, Machala, 1996).

²⁴ Vakcinace = očkování, je způsob aktivní imunizace, při kterém je organismus vystaven oslabenému choroboplodnému zárodku a sám si tak proti němu vytváří protilátky a další obranné mechanismy (Vokurka, Hugo, 1998).

²⁵ WHO = Světová zdravotnická organizace.

²⁶ Eradikace = znamená úplnou likvidaci infekčního agens v lidské populaci.

sanitárním kordónem²⁷. Během 14 dnů byla celá Jugoslávie (v té době asi 18 milionů obyvatel) přeočkována. Do 2 měsíců se společnost vrátila k běžnému životu.

Cholera

Jedná se o nebezpečnou střevní infekci vyvolanou bakterií *Vibrio cholerae*, přenášenou kontaminovanou vodou a potravinami. Inkubační doba je 5 dnů, způsobuje bolesti břicha se stupňujícími se průjmy, zvracení, svalové křeče a následnou dehydrataci organismu (Lobovská, 2001).

Do roku 1998 bylo zaznamenáno celkem 7 pandemií cholery: v letech 1816 až 1826 v Asii, 1829 až 1851 v Evropě a v Severní Americe, 1863 až 1875 a 1881 až 1896 v Evropě, 1899 až 1923 v Osmanské říši a v Rusku, 1961 až 1992 v Indonésii (Celebes), v Asii (Bangladéš), v Indii, ve Svazu sovětských socialistických republik, Iránu, Iráku, západní Africe, Latinské Americe (11 států), od roku 1998 probíhá 7. vlna (Lobovská, 2001, Černý, 2014).

V Praze a na Moravě se cholera poprvé objevila koncem listopadu 1831, byla k nám zavlečena z Pruska a z Haliče. Bylo zřízeno 6 nouzových špitálů, úmrtnost dosahovala 40 až 60 % z nakažených a vyžádala si přes 50 000 obětí. Během let 1848 až 1850 zahubila dalších 70 000 obyvatel v českých zemích. Cholera postihla i pruskou armádu, jejíž vojáci za pruskou-rakouské války nakazili jak ostatní vojáky, tak civilisty (Černý, 2014).

Španělská chřipka

Chřipka je náhle vzniklé nakažlivé onemocnění, přenosné infikovaným vzduchem. Byla pozorována už po staletí a označována různými názvy (Salfellner, 2017). Španělskou chřipku způsobil kmen chřipkového viru H1N1. Příznaky byly typické jako u běžné chřipky: teplota, někdy třesavka, bolest hlavy, svalů, kloubů, celková malátnost.

Její název je zavádějící. O „španělské chřipce“ se začalo hovořit v souvislosti s nakažením španělského krále Alfonsa XIII. Ve válčících státech panovala cenzura a Španělsko uveřejnilo jako první zprávy o pandemii v květnu 1918 (Černý, 2014). Skutečný původ nemoci není znám, jako možný zdroj původu je uváděna Asie. Byla první celosvětovou globální pandemií a první, která se objevila v prostředí moderní medicíny (zejm. infektologie a epidemiologie), bylo možné pozorovat a studovat její povahu, průběh a také

²⁷ Sanitární kordón = cordon sanitaire = je uzavření určité zeměpisné oblasti, která je zamořena infekční chorobou do karantény, od nezamořených oblastí.

kvantifikovat její dlouhodobé účinky. (Humerović, 2019). Zároveň však záhy zmizela z pozornosti společnosti a vědy, což mohlo být způsobeno (Humerović, 2019): vrcholila a klesala po dobu 9 měsíců, než mohla získat odpovídající mediální pokrytí, byla zastíněna významnějšími událostmi (vyvrcholením a koncem I. světové války) a nezájmem společnosti, která tak reaguje na rychle se šířící pandemii (nejprve velký zájem, panika, hrůza a při ustupujících tendencích nezájem).

Španělskou chřipkou se nakazilo 500 milionů lidí. Počet obětí, mezi prvním zaznamenaným případem ze 4. 3. 1918 a posledním případem z března 1920, se odhaduje na 50 až 100 milionů, z toho v Evropě jí podlelo 20 milionů osob (Lobovská, 2001). Úmrtnost byla vysoká u dětí mladších 5 let, u původně zdravých jedinců ve věkové kategorii 20 až 40 let a dále u osob starších 65 let.

Všední život lidí v době pandemie španělské chřipky dokumentují některé fotografie např. z USA (američtí rekruti kloktající dezinfekční prostředky, Kalifornané s ochranou úst a veřejní zdravotničtí pracovníci z New Yorku s anti-flu-sprejem) (CDC, 24/7). Můžeme je zjistit i z dobových článků v novinách a časopisech: např. Dělnické listy, Časopis lékařů českých, Wiener Medizinische Wochenschrift, Prager Tagblatt, Český deník, Národní listy apod. Po ohlášení prvních případů chřipky bylo vydáno několik doporučení k profylaxi (Salfellner, 2017): vyhýbání se přepracování, podchlazení, nadměrné konzumaci alkoholu, styku s nakaženými osobami, s lidmi ve zvláště uzavřených místnostech, při používání telefonu si před každým hovorem vyčistit mluvítko karbolovým roztokem. Byl propagován pobyt na čerstvém vzduchu, doporučeno používat v kavárnách a restauracích vlastní příbory a sklenice, před jídlem si umýt ruce, několikrát denně si čistit ústa, nepodávat si ruku při pozdravu, ale položit si ruce při pozdravu na prsa a uklonit se nebo zdvořile zvednout obočí, lehce uklonit hlavu či tělo. Prof. MUDr. Josef Thomayer varování vztáhl i na používání bankovek, které patří do zvláštní přihrádky a při kontaktu s nimi je třeba si vždy umýt ruce. V říjnu 1918 už došlo k výrazným omezením každodenního života: některé továrny musely nejprve omezit, následně zastavit svůj provoz vzhledem k nedostatku personálu, zábavní podniky, divadla, kina a varieté posunovaly své premiéry, než byly zcela uzavřeny, nesměly se konat divadelní ani pěvecké zkoušky, snížila se frekvence dopravy, která byla na některých místech úplně přerušena. Byl vydán zákaz náboženských a církevních shromáždění, což se nesetkalo se souhlasem, pokud se to týkalo svateb, křtů a pohřbů. Nejprve došlo k omezení školní výuky a zavírání mateřských škol po překročení určité míry nakažených. Poté byly zcela uzavřeny na určitou dobu všechny

obecné a občanské školy, následně střední a odborné školy, učitelské ústavy, dívčí lycea a výuka na českých a německých fakultách. Starší chlapci a chlapci ze středních škol byli povinni po dobu uzavření svého ústavu narukovat ke svému záložnímu útvaru. Některé rodiny žily ve stísněných poměrech a nevytápěných bytech. Proto nechaly některé školy vytápěnou jednu místnost s pedagogickým dozorem, kde mohli žáci trávit dny, zatímco jejich rodiče pracovali. Byl dramatický nedostatek lékařů, penzisti byli reaktivováni zpět do lékařské praxe. Lékaři se sami stávali obětmi pandemie španělské chřipky, přeživší lékaři byli přetížení. Soukromé praxe mohli provozovat jen v omezeném rozsahu, byli odveleni do nemocnic. Vojenští lékaři museli v pětidenních intervalech hlásit počty vojáků nakažených chřipkou. K pacientům na venkově museli lékaři urazit často dlouhou vzdálenost pěšky nebo ve voze taženém koňmi. Proto se vedla polemika o zabavování automobilů ve prospěch lékařů. Některé nemocnice byly přeplněny, jiné vydaly omezení návštěv nemocných. Došlo i k přetížení hřbitovů, v márnících se vrstvila těla zesnulých, kvůli nedostatku rakví, truhlářů a vozů na převoz se mrtví pochovávali do masových hrobů. Vojáci zaskakovali za truhláře i hrobníky. Chyběly potraviny, léky, cukr, slad, líh. Ve městech se stály fronty na potraviny a na léky. V neposlední řadě se v létě roku 1919 nesla mezi lidmi fáma, že se nejedná o chřipku, nýbrž o černý mor (Salfellner, 2017).

AIDS²⁸

Onemocnění způsobené virem HIV, který napadá buňky nezbytné ke správné imunitní odpovědi.

Jedná se o pomalu postupující globální pandemii, která začala v 80. letech 20. století v USA. Od té doby kaskádovitě přechází po celá desetiletí na různé kontinenty a různé populace. Počáteční rozmach HIV byl poznamenán jeho rozšířením převážně mezi gay populací a vysokou mortalitou, což mělo za následek výraznou sociální izolaci a stigmatizaci. HIV se dostalo ohromné pozornosti v oblasti veřejného zdraví a farmacie. Zároveň přilákala pozornost studia duševního zdraví v souvislosti s HIV.

²⁸ AIDS = acquired immunodeficiency syndrom = syndrom získaného selhání obranyschopnosti.

4 Adolescence

Období dospívání představuje přechod mezi dětstvím a dospělostí. Časové vymezení adolescence se v odborné literatuře liší a je interpretováno z hlediska různých teorií rozdílně. Jedná se o druhou dekádu života jedince (10 až 20 let). Vágnerová (2005) člení dospívání na dvě fáze: ranou adolescenci (od 11. do 15. roku), označovanou jako pubescenci, a pozdní adolescenci (od 15. roku do 20 let). Thorová (2015) nazývá adolescenci stádiem pozdního dětství v časovém horizontu 12/13 až 19 let.

Autorka si zvolila pro svůj výzkum studenty ve věku pozdní adolescence.

V této specifické životní fázi dochází ke komplexní proměně osobnosti, zahrnující změny v oblasti somatické, psychické a sociální. Mění se tělesný vzhled, dochází k hormonálním změnám vedoucím k reprodukční zralosti, ke zhoršení motorické koordinace. Rozvíjí se odlišnost v sekundárních pohlavních znacích, zájem o opačné pohlaví, skupinový tlak mezi vrstevníky. Dále dochází k zahájení pohlavního života, konfliktu mezi touhou po osamostatnění a obavou z něj, k výběru následného studia či povolání. Právě tyto změny mohou být zdrojem úzkosti. Záleží na interindividuální variabilitě. Úpravy zevnějšku a oblečení jsou důležitou součástí identity, zevnějšek adolescenta se stává prostředkem i cílem. Rozvíjí se proces objektivizace²⁹ (Grabe, Hyde, Lindberg, 2007).

V oblasti myšlení, zpracování informací a řešení problémů dospívající dovede uvažovat systematictěji, komplexně zpracovává vstupní informace, připouští variabilitu různých možností, interpretuje pozorované výsledky v kontextu logických možných závěrů, rozvíjí se abstraktní způsob myšlení (používá symboly), induktivní uvažování (zobecňují poznatky).

V oblasti morálního myšlení se objevuje idealismus, ovlivnitelnost, současně nadměrná kritičnost, názorový radikalismus, přecitlivělost a vztahovačnost. Adolescent často polemizuje, podléhá klamu, že jeho úvahy jsou výjimečné. Jeho úsudek může být stále ještě snadno emocionálně zatížen. Adolescenti zdůrazňují samostatnost s dostatkem volnosti, se všemi právy a minimální zodpovědnost s minimem povinností.

Citové prožitky dospívajícího bývají intenzivní, krátkodobé a proměnlivé. Dochází ke střídání nálad od pocitů méněcennosti až k entuziasmu, intenzivní aktivitu střídá apatie

²⁹ Teorie objektivizace předpokládá tendenci jedince vidět sám sebe jako objekt, který bude zkoumán a hodnocen ostatními. Tato objektivizace negativně ovlivňuje subjektivní pohodu dívek, nikoli chlapců.

a nechuť k jakékoli činnosti. Emocionalita se zvyšuje v reakci na skutečné nebo vnímané stresory (Bailen et al. 2019, in Magson et. al, 2020). Dospívající nerozumí svým prudkým afektům, racionalizuje. Změna v emočním prožívání se může projevat větší impulzivitou a nedostatkem sebeovládání. Autoregulační systém potřebný ke zvládnutí těchto emocí zůstává až do rané dospělosti do značné míry značně nedozrálý (Somerville et. al, 2010, in Magson et. al, 2020).

Thorová (2015) vymezuje adolescenci jako období separačního procesu mezi dítětem a rodičem. Ve vztahu k rodičům je adolescent rozpolcený, protože je na nich existenčně závislý, má k nim hluboký citový vztah, a současně dychtí po samostatnosti, ve které jej rodiče omezují. Reaguje kritikou, negativismem, vzdorem. Komunikace mezi dospívajícím a rodičem může být pro obě strany frustrující, adolescent bývá méně sdílný nebo chce naopak diskutovat. Podmínkou této transformace vztahu rodič-dítě je proces individualizace, kdy rodiče méně kontrolují adolescenty, ale zároveň s nimi udržují blízký vztah, jsou podporující a vřelí. Rodiče znamenají pro dospívajícího primární zdroj podpory a socializace emocí (Jochmannová, Kimplová, 2021).

Kocourková (Hort a kol., 2000) uvádí, že dochází k rozvoji hlubokých vztahů dospívajících s jejich vrstevníky, s nimiž až 75 % adolescentů, probírá svoje problémy. Je pro ně důležitá komunikace mobilem na sociálních sítích, kde tráví i několik hodin denně. S přáteli sdílejí své postoje, názory, zájmy, koníčky, emoce. Vrstevnická skupina ovlivňuje emoční prožívání dospívajících, napomáhá k získání pocitu autonomie, je důležitá pro vznik a formování budoucích partnerských vztahů, stabilizuje dospívajícího v procesu fyzických, psychických i sociálních změn (Arnett, 2012). Pozitivní vztahy s vrstevníky jsou významným salutoprotektivním faktorem duševního zdraví pro adolescenty (Jochmannová, Kimplová, 2021).

Vztahy adolescentů ke svým sourozencům se mění, jsou charakterizovány jak konfliktem a soupeřením, tak i vzájemnou podporou a péčí (Jochmannová, Kimplová, 2021).

V oblasti sociálních kompetencí se u dospívajících předpokládá výběr studijního zaměření a následně pracovního zařazení. Ke studijnímu či profesnímu úspěchu přispívají podle Kocourkové (in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2008) kromě inteligence a specifických schopností, také motivace, schopnost snášet frustraci při neúspěchu a připravenost akceptovat sociální normy.

Adolescence představuje vývojovou etapu hledání, přehodnocování, rozvoje a potvrzení vlastní identity. Sociální prostředí klade na dospívajícího více sociálních požadavků s cílem vést ho ke zodpovědnosti. S tím souvisí možná vyšší míra stresu, která se může projevit úzkostí. U adolescentů bývá nejčastěji diagnostikována: panická porucha, agorafobie a sociální fobie (Malá, 2011). Úzkost je doprovázena fyziologickými změnami, které jsou individuálně měřitelné, a také motorickými (výraz ve tváři) a verbálními reakcemi nebo změnou ve výkonu. Děti s úzkostným temperamentem strádají behaviorální inhibicí (extrémní plachostí), přetrvávajícím strachem a zřetelnou tělesnou reakcí na stres. Tím se u adolescentů zvyšuje riziko vzniku úzkosti, deprese a poruch spojených s abúzem návykových látek (Malá, 2011). V dětství, u mladších i starších školáků je úzkost vázána na zhoršený školní výkon a sociální maladaptaci. Prožití traumatu nebo výrazného stresu pak snáze vede v dospělosti k rozvinutí posttraumatické stresové poruchy (PTSD) (Libigerová, 2003). Podle Kesslera et al. (2012, in Barendse et. al., 2021) jsou starší adolescenti vystaveni zvýšenému riziku deprese, generalizované úzkosti a panické úzkosti mimo kontext pandemie.

Deprese v dětství a adolescenci byla až do 70. let 20. století neuznávanou diagnostickou jednotkou. Přetrvával názor, že pro závažné poruchy nálady je potřeba určitá psychická vyzrálость osobnostní struktury. V 70. letech 20. století se objevily první klinické studie depresivity u dětí a na přelomu 80. let věnovali Kaplan, Friedman a Sadock samostatnou kapitolu afektivním poruchám u dětí v učebnici Psychiatrie (Dudová, 2007; Goetz, 2005). MKN-10 neobsahuje samostatná kritéria pro poruchy nálady u dětí a adolescentů, je určena pro dospělou populaci. Symptomy deprese pro adolescenty mají sice hodně společného s příznaky deprese u dospělých, avšak rozpoznání deprese u mladistvých bývá komplikovanější než u dospělých. Záleží na psychické vyzrálosti adolescenta a jeho schopnosti a ochotě verbalizovat a reflektovat svůj emoční stav (Dudová, 2007; Goetz, 2005).

Depresivní symptomy u adolescentů (Dudová, 2007; Goetz, 2005):

- nálada nemusí být depresivní, ale jen podrážděná, kolísá během dne, horší je ráno, prakticky neodklonitelná vnější událostí a odlišná od běžného smutku;
- omezení až ztráta zájmů, komunikace, sociální stažení, znuďenost, pasivita (vyjádřená např. excesivním sledováním TV, sociálních sítí, hraním PC her, zaspáváním přebytečného času);
- snížené sebehodnocení, zasněnost;

- pocity beznaděje, nudy, sebeobviňování kvůli vlastní nedostatečnosti;
- impulzivní, riskantní a histriónské chování, podrážděnost;
- změna chuti k jídlu a tělesné hmotnosti;
- úzkostné pozorování sebe sama s hypochondrickými obavami, častými stesky na tělesné obtíže a únavu;
- poruchy spánku (neschopnost večer usnout a buzení během noci);
- sebevražedné myšlenky a pokusy;
- abúzus drog;
- ovlivnění psychomotoriky;
- anhedonie³⁰;
- sluchové halucinace a bludy odpovídající náladě.

V dětství a v adolescenci mohou být výše uvedené projevy depresivního syndromu překryty jinými symptomy (zhoršení v chování či v učení, nápadný útlum, nebo naopak hyperaktivita, negativismus, úzkosti, fobie, bolesti hlavy, nevolnost, ranní zvracení, bolesti na hrudníku, únava, noční pomočování atd.). V tomto případě se jedná o maskovanou depresi, která zůstane překryta vnějším vegetativně-somatickým klinickým obrazem. Ke vzniku afektivních poruch může přispět více různých faktorů, které jsou ve vzájemné interakci. Jedná se o genetické, biologické, kognitivní a psychosociální činitele. Současně se na vzniku spolupodílí i vnější vlivy prostředí, ve kterém jedinec žije (např. klimatické podmínky) a události, které prožil, a význam učení. Prevalence³¹ deprese v adolescenci tvoří 4 % až 8 %. Poměr dívek a chlapců je do puberty vyrovnán, mezi 12 až 17 lety se deprese vyskytuje častěji u dívek – v poměru 2:1 (Lewinsohn a kol., 1995, in Pactl, 2001). Podle Pactla (2001) souvisí depresivní porucha u dětí a dospívajících s rodinným prostředím a depresivní patologií v rodině. Průběh deprese u adolescentů je často recidivující. Nejvyšší dosahuje v prvním roce po proběhlé epizodě. Depresivní fáze u adolescentů trvá obvykle 3 až 9 měsíců. Neléčená depresivní epizoda trvá 79 měsíců (Kovacz et al., 1984, in Pactl, 2001). Prospektivní studie (Geller, Fox, Clark, 1994, in Pactl, 2001) prokázaly, že 20–40 % dětí a dospívajících s periodickou depresivní poruchou prožije epizodu bipolární poruchy do 5 let. Manická nebo hypomanická fáze u bipolární poruchy je v této věkové skupině často zaměněna za poruchy chování. Depresivní poruchy obecně vedou k symptomatickému

³⁰ Anhedonie = ztráta schopnosti prožívat potěšení, kladné emoce, city.

³¹ Prevalence = demografický ukazatel počtu všech případů určitého onemocnění, obvykle vztažený k počtu obyvatel za 1 kalendářní rok (Vokurka, Hugo, 1998).

abúzu alkoholu a drog s rekurentním průběhem (Pactl, 2001). Riziko suicida je 6krát až 20krát vyšší než v běžné populaci. Sebevražda patří mezi nejčastější příčinu smrti ve věkové skupině mezi 10. až 19. rokem věku. Suicidální tendence úzce korelují s patologickou emoční atmosférou v rodině a vztahem dítěte k matce, s abúzem alkoholu a drog u mladších adolescentů (Pactl, 2001). U poloviny dětí a adolescentů trpících afektivní poruchou se současně vyskytuje jiná diagnóza: porucha příjmu potravy 11 %, ADHD 25 %, anxiózní porucha 40 % (Pactl, 2001). Časté jsou i poruchy usínání.

Figueiredo et al. (2021) uvádějí, že jak v dětství, tak i v dospívání je stále centrální nervový systém (CNS) zranitelný. Výskyt jakýchkoli stresových výzev může vyvolat krátkodobé i dlouhodobé fyziologické změny, kognitivní a behaviorální poškození. Mezi hlavní oblasti mozku, které reagují na podněty prostředí např. na stres, patří amygdala, hipokampus a prefrontální kůra. Přetrvávající a zvýšené stresující události řídí reakce imunitního, endokrinního a již zmiňovaného nervového systému. K reakci dochází prostřednictvím složité sítě hormonálních, imunitních a neurotransmiterových odpovědí, které mohou změnit vzorce odezvy metabolismu gliových buněk a monoaminů, což vede k buněčné smrti nebo k poruchám duševního zdraví (Danese et al., 2009). Stejní autoři predikují sociální izolaci v dětství a dospívání jako rizikový faktor deprese v dospělosti.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

5 Metodologický rámec výzkumu

V této kapitole bude popsán výzkumný problém, cíle práce, výzkumné otázky, zvolený typ výzkumu, metodika získávání, zpracování, analýzy dat, včetně reflexe zkušenosti autorky s tématem výzkumu.

5.1 Výzkumný problém, cíle práce a formulace výzkumných otázek

Duševní zdraví lze zkoumat různými způsoby, protože se jedná o velmi rozsáhlé téma. V současné době je pandemie COVID-19 a její dopady předmětem řady výzkumů v zahraničí i v České republice. V této souvislosti jsou studie zaměřeny převážně kvantitativně na zjištění obecného stavu duševního zdraví, na výskyt depresivních příznaků, úzkostí, sebepoškozování, užívání návykových látek, životní spokojenosti, osobní pohody, copingových strategií apod. Protiepidemická opatření v souvislosti s pandemií COVID-19 měly vliv na každého jedince a zásadním způsobem ovlivnily kvalitu jeho osobního života.

Vzhledem ke skutečnosti, že COVID-19 stále probíhá, nelze vymezit všechny důsledky pandemie, protože výzkumy potvrzují několik let. Z dostupných informací o katastrofách, sociálních krizích, válečných konfliktech i minulých globálních pandemických nemocech, stejně jako z dosavadních výsledků o pandemii COVID-19 vyplývá negativní dopad na somatické zdraví, sociální, ekonomickou a politickou situaci, a v neposlední řadě na duševní zdraví.

Cílem rigorózní práce je zjistit a popsat na základě autentických výpovědí adolescentů jejich zkušenost s pandemií COVID-19; jaké životní změny u nich nastaly, jaký dopad měla pandemie na jejich duševní zdraví, mezilidské vztahy, které stresory je ohrožovaly a jaké zdroje jim naopak pomohly situaci zvládnout. Autorku také zajímalo, zda nějakým zásadním způsobem ovlivnila pandemie COVID-19 jejich pohled na zdraví obecně. V době, kdy byl výzkum realizován, autorka nenašla ani v domácím prostředí, ani v zahraničních studiích žádný podobný výzkum, zabývající se touto problematikou. Z těchto důvodů se autorka rozhodla pro kvalitativní typ výzkumu s využitím metody Interpretativní fenomenologické analýzy (Interpretative Phenomenological Analysis, dále jen IPA) pro analýzu získaných dat, která vychází přímo z žité zkušenosti jedince. Autenticita příběhů může přispět k lepšímu pochopení, co člověk zažívá v náročné životní situaci.

Při formulaci výzkumného cíle práce a stanovení výzkumných otázek se autorka opírala o teoretická východiska Interpretativní fenomenologické analýzy. Výzkumná otázka se vztahuje ke zkoumanému fenoménu, dotazuje se jedince nebo skupiny na vnímání a prožívání konkrétní situace a měla by vést k porozumění dané zkušenosti a jejího významu. Zaměřuje se na proces, nikoli na výsledek (Řiháček et al., 2013). V rámci rigorózní práce si autorka stanovila tři výzkumné otázky:

1) Jaký dopad měla pandemie COVID-19 a s tím spojená restriktivní opatření na život adolescentů, jak toto období prožívali?

Autorku zajímaly změny v životě adolescentů, které s sebou pandemie přinesla. Zda měla protiepidemická opatření vliv na jejich duševní zdraví? Zda a jakým způsobem tyto změny zasáhly jejich mezilidské vztahy? Zda a jakým způsobem ovlivnila pandemie COVID-19 jejich postoj ke zdraví?

2) Jaké zdroje stresu udávají adolescenti v souvislosti s pandemií COVID-19?

3) Jakým způsobem se adolescenti vyrovnávali s přicházejícími změnami, co jim pomáhalo situaci zvládat?

5.2 Zvolený typ výzkumu

Vzhledem k výběru a charakteristice výzkumného problému se autorka rozhodla pro **kvalitativní metodu výzkumného šetření**. Creswell (1998, in Hendl, 2016) definuje kvalitativní výzkum jako proces hledání porozumění založený na různých metodologických postupech zkoumání sociálního nebo lidského problému, kdy výzkumník provádí zkoumání v přirozených podmínkách, vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, a informuje o názorech účastníků výzkumu. Kvalitativní přístup v psychologických vědách slouží pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných nebo nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů vnitřní a vnější reality. Využívá princip jedinečnosti, neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky (Miovský, 2006).

V kvalitativním výzkumu si na začátku zvolí výzkumník téma, určí základní výzkumné otázky, které může modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat. Ověřuje popisnou, interpretační nebo teoretickou validitu. Zpráva o kvalitativním

výzkumu zahrnuje popis místa zkoumání, rozsáhlé citace z rozhovorů, a poznámky výzkumníka. Výzkumník analyzuje poznatky, aby předložil odpovědi na stanovené výzkumné otázky. Ve výsledné zprávě se zohledňují názory probandů (Hendl, 2016).

V rámci kvalitativního výzkumu byla použita metoda **případových studií**. Případová studie umožňuje sledování, popis a vysvětlování případu v jeho komplexnosti (Miovský, 2006), dává možnost blíže se zaměřit na různé aspekty individuální zkušenosti jedince (Řiháček et al., 2013), a lépe tak porozumět jednotlivým vztahům i celkovým souvislostem. Zdrojem dat jsou v tomto případě rozhovory a zároveň i pozorování ohniskové skupiny.

5.2.1 Metodika získávání dat

Pro získávání a tvorbu dat autorka zvolila individuální **polostrukurovaný rozhovor (semistrukturované interview)**, který umožňuje respondentovi reflektovat postoj k tématu a volně rozvíjet jeho myšlenky. Jedná se o flexibilní metodu, která poskytuje nejen sběr dat k určenému tématu, ale zároveň možnost doptávání se v průběhu rozhovoru na věci, které vyplynou ze situace, usměrňování rozhovoru, aby nedocházelo k odchýlení od tématu, a vytvoření přirozené atmosféry. Nevýhodou polostrukurovaného rozhovoru je podle Smith, Osborn (2007) snížená kontrola tazatele nad situací, delší a obtížnější analýza dat. Tazatelka vytvořila schéma rozhovoru, obsahující 3 tematické okruhy a k nim sérii otázek, jejichž pořadí bylo možné měnit a doplňovat podle aktuálních odpovědí respondentů. Zároveň bylo stanoveno jádro interview, což je minimum otázek, které musí tazatelka prohodit (Miovský, 2006). Na základě pilotního rozhovoru, provedeného před samotným sběrem dat, autorka ponechala všechny stanovené otázky. Znění konkrétních otázek je uvedeno v příloze č. 5. Každý rozhovor se uskutečnil vždy v předem domluvený termín v aplikaci Teams s kamerou tak, aby bylo co nejvíce zajištěno soukromí respondenta i tazatele, bez rušivých vlivů. Rozhovor byl veden citlivě, s ohledem na aktuální rozpoložení daného studenta. Postupovalo se podle obecných doporučení pro vedení rozhovorů – dotazy směřovaly od jednodušších ke složitějším tématům. Celý rozhovor byl prokládán odlehčenými typy dotazů, aby nedošlo k zahlcení účastníka. Rozhovor se skládal z následujících částí. Úvodní část rozhovoru byla zahájena představením se, vysvětlením obsahu, cíle a účelu výzkumu a neformální konverzací k navození přirozené atmosféry. Následovaly dotazy k získání základních údajů o respondentovi. Vlastní explorace obsahovala otázky, vztahující se ke třem tematickým okruhům. Otázky byly zaměřené

na změny, které s sebou pandemie přinesla do života adolescentů: zda měla protiepidemická opatření vliv na jejich duševní zdraví, zda a jakým způsobem tyto změny zasáhly jejich mezilidské vztahy a jakým způsobem ovlivnila pandemie COVID-19 jejich postoj ke zdraví. Cílem bylo porozumění individuální prožité zkušenosti. Každému z dotázaných bylo umožněno, aby vyjádřil zpětnou vazbu k vedení rozhovoru, případně položil k danému tématu otázku, která ho zajímala a nebylo na ni odpovězeno. V závěru rozhovoru proběhla neformální komunikace, poděkování každému respondentovi za jeho ochotu a čas a rozloučení. Předpokládaná časová dotace na jeden rozhovor byla 1 hodina. Nejkratší rozhovor trval 45 minut, nejdelší 2 hodiny.

5.3 Metodika zpracování dat

Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon, o čemž byli všichni zúčastnění předem informováni. Tuto skutečnost potvrdili svým podpisem v rámci informovaného souhlasu. Následně byl rozhovor každého účastníka doslovně přepsán včetně neverbálního a prozodického doprovodu vyjma úvodní části (viz kapitola 5.3).

5.4 Metodika analýzy dat

Pro svůj výzkum autorka zvolila **interpretativní fenomenologickou analýzu** (Interpretative Phenomenological Analysis, dále jen **IPA**). Představuje původní psychologický kvalitativní přístup k datům, rozvíjený J. A. Smithem v 90. letech 20. století. Tato metoda byla využívána pro analýzu dat výzkumů z oboru psychologie zdraví (Kostínková, Čermák, in Řiháček et al., 2013), která se zabývá vlivem psychologických faktorů na zdraví a nemoc (Křivohlavý, 2001). Aktuálně je aplikována pro výzkumná témata z dalších oborů, jako je např. klinická psychologie a psychoterapie (Kostínková, Čermák, in Řiháček et al., 2013). V této souvislosti se IPA zabývá výzkumem porozumění prožívání jedince, jeho individuální zkušeností a subjektivní reflexí při zvládnání stresu, zátěžových situací nebo nemoci. Obecně lze uvést, že IPA zahrnuje podrobné zkoumání života účastníka, pokouší se prozkoumat jeho osobní zkušenost, zabývá se jeho osobním vnímáním, popisem předmětu nebo události jednotlivcem (Kostínková, Čermák, in Řiháček et al., 2013).

IPA vychází z fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu. Fenomenologie zachycuje individuální jedinečnou prožitou zkušenost člověka. Výsledkem je nejen

porozumění dané zkušenosti z perspektivy jedince, ale současně hraje důležitost i výzkumníková zkušenost a jeho pohled na svět. Hermeneutika využívá práce s hermeneutickým kruhem a dvojitou hermeneutikou. Zachycuje, jak se jedinec snaží porozumět své zkušenosti se sledovaným fenoménem, jak ji interpretuje. Výzkumník zachycuje jeho slovní popis, poskytuje kritické a konceptuální komentáře a následně vytváří vlastní interpretaci obsahu. Idiografický přístup se zaměřuje na konkrétního jedince, který zažívá specifickou událost (Kostínková, Čermák, in Řiháček et al., 2013). Studie IPA se provádějí na malých vzorcích.

Realizátorka výzkumu postupovala podle doporučení Kostínkové a Čermáka (in Řiháček et al., 2013):

Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu by měla být zařazena jako předstupeň vlastní analýzy, je doporučena jako nultá fáze výzkumu. Pomáhá pochopit motivaci výzkumníka pro práci s tématem, jeho osobní zkušenost, a to jaký má vztah ke zkoumanému fenoménu. Slouží ke schopnosti užitečně pracovat se získanými daty a zajistit přitom validitu analýzy (Řiháček et al., 2013). Autorka se zamýšlela, jak ovlivnila protiepidemická opatření každodenní život, mezilidské vztahy, co se změnilo, jak změny prožívala, jaké obavy ji ohrožovaly a jaké zdroje a strategie ji naopak pomohly se vyrovnat s přicházejícími změnami.

„Na jaře 2020 jsem odjela se svou rodinou lyžovat do Itálie do oblasti, která byla čtrnáct dní po našem návratu uzavřena. Vrátili jsme se všichni zdraví, proto nejenom mě překvapily zprávy o „nějakém“ viru, který se šíří rychle a způsobuje nákazu. Ve svém okolí jsem neznala nikoho, kdo by byl nakažený. Vir není vidět lidským okem, připadala jsem si zpočátku neohrožená. Nepociťovala jsem žádný strach, spíše jsem nevěděla, co si mám myslet. Média přinášela rozporuplné informace, vznikaly konspirační teorie. Moje sestra, která žije ve střední části Itálie mi přinášela hororové informace o zdejší situaci. Byla vystresovaná a vyčerpaná. Začaly se u mě střídát stavy strachu a pocitu neohrožení. Když vláda poprvé vyhlásila nouzový stav, měla jsem vlastně radost. Těšila jsem se, že celá rodina zůstane doma, tudíž nikdo nebude ohrožen nakažením. Také spolu budeme trávit více času, všichni si dodělají resty a děti si odpočinou od školy. Pro mě se zastavil čas. Do té doby jsem žila velmi hekticky. Všechny úkoly z práce jsem si dodělala. Když jsem měla pocit nudy, začala jsem důkladně uklízet a organizovat celou domácnost, včetně mé rodiny. Do toho jsem vytvářela materiály pro studenty, jak se doma učit, jak zvládat stres apod. Spolu s učiteli jsem se musela naučit, jak pracovat s počítačem a převést výuku do online

prostředí. Každý den jsem se převlékala do domácího oblečení. Uvědomila jsem si, že nemám potřebu se líčit, ani se společensky oblékat, když nikam nechodím, vyjma se psem na procházky. Chybělo mi to, že nechodím do kina, divadla, kaváren. Těšila jsem se na prázdniny a doufala, že budu moct zase cestovat. Šila jsem roušky, nosila je. Připadala jsem si užitečná. Vadily mi jen při řízení automobilu, kdy odváděly mou pozornost, a při rozhovoru s klienty v práci. Dodržovala jsem všechna hygienická opatření a vyžadovala je i od ostatních. V první vlně pandemie jsem nepoznala nikoho, kdo by se COVID-19 nakazil. Nechala jsem se ovlivnit médii a nakupovala do zásoby potravin a hygienické potřeby, kdyby došlo k uzavření obchodů. Každý den jsem vařila a snažila se pečovat o všechny členy rodiny. Mým dospívajícím dětem nebylo zpočátku příjemné, že jsme spolu všichni trávili veškerý čas. Jako matka jsem se někdy neubránila dotazům, zda obědvali, udělali si povinnosti do školy apod. Přestože jsme se zpočátku občas hádali, myslím si, že jsme se vzájemně sblížili a vztahy mezi námi se utužily.

Neměla jsem problém s režimem dne, ba naopak jsem si plánovala, co budu kdy dělat a těšilo mě, že vše konečně stihám. Mé dospívající děti problém s režimem dne měly, což mě trápilo. Nechtělo se jim převlékat, neuměly využít získaný čas, hodně sledovaly filmy a seriály a začaly trávit hodně času na sociálních sítích. Po ukončení distanční výuky jsem měla pocit, že se vše vrací do normálu. Těšila jsem se na letní prázdniny, že konečně vycestuji mimo domov, půjdeme do restaurace na oběd nebo do kavárny.

Další vlny pandemie a nouzová opatření jsem už vnímala jinak. Věděla jsem, co mě čeká, chodila jsem do práce, měla jsem pravidelný režim dne, jen mi zase chyběly požitky. Ani na ně nebyl čas. Zvykla jsem si, že jsou zrušená představení v divadlech a kinech, kavárny a restaurace jsou zavřené. Po tom, co je člověku nedostupné, začne toužit. Scházeli mi lidé, ulice zely prázdnotou. Náplň dne tvořila práce a péče o rodinu. V ambulanci se mi množily případy adolescentů a dospělých trpících úzkostmi, sociální fobií a depresí. Na základě nárůstu úzkostí a depresí u dospělé populace o 30 %, spustila v prosinci 2020 Všeobecná zdravotní pojišťovna program pro své pojištěnce „Zvýšení dostupnosti psychosociální podpory“. Jednalo se o příspěvek na psychologickou pomoc, aby tak podpořila větší dostupnost psychologické péče v neklinické oblasti. Klientela se mi neustále navyšovala a případy, jako by se opakovaly. Byla jsem zahlcená stejným typem problémů, psychiatrická péče byla nedostupná. Připadalo mi, že mám svázané ruce a jsem schopna pomoci jen do určité míry. Z gymnázia mě také začali postupně více oslovovat studenti, kteří měli narušený režim dne, ztratili motivaci učit se a cítili se ohrožení větším

počet lidí. Sama jsem začala využívat online prostředí Teams, kam jsem si postupně převedla většinu konzultací.

Na základě zvýšené poptávky po psychologických službách byl na jaře 2021 proveden orientační online výzkum u studentů třetích ročníků čtyřletého studia a sedmého ročníku osmiletého studia s cílem zjistit duševní stav studentů. Byly použity dvě standardizované škály, které byly jako jediné dostupné: Škála depresivity (SDDSS), vytvořená autory Dolejšem, Skopalem, Suchou a Charvátem a Škála klasické sociálněsituační anxiety a trémy (KSAT) od Kondáše. Výzkumu se zúčastnilo bohužel jen 60 studentů (39 dívek a 21 chlapců). Normální rozložení bylo posouzeno dle Shapiro-Wilkova testu a histogramu. Všechny výpočty byly provedeny pomocí programu TIBCO STATISTICA 13, hladina významnosti pro rozhodnutí o nulové hypotéze činila 0,05. Normy byly stanoveny jako vážený průměr hodnot z manuálu dle věkového rozložení v rámci pohlaví v souboru. Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl od normy u skóre deprese dívek a skóre úzkosti v sociálních situacích dívek. V obou případech bylo skóre v souboru statisticky významně vyšší než norma.

Na základě této osobní zkušenosti jsem dospěla k závěru, že adolescenti jsou ohroženou věkovou skupinou, kterou pandemie COVID-19 a s tím spojená restriktivní opatření, zejm. sociální izolace, zasáhla a měla vliv na jejich duševní zdraví. Protože jsem byla a stále jsem zahlcená jak ve škole, tak v ambulanci převážně klientelou adolescentů, u nichž se opakují problémy s úzkostí, sociální fóbií a depresemi, rozhodla jsem se zjistit právě na základě jejich osobní zkušenosti a prožitků, jak ovlivnila pandemie COVID-19 jejich život, jaké změny s sebou přinesla. “

Následně si autorka stanovila 3 výzkumné otázky, které jsou formulovány otevřeně a zaměřují se na porozumění individuální zkušenosti a jejímu významu. Pro sběr dat použila polostrukturovaný rozhovor. Otázky jsou otevřené, je možné je měnit a doplňovat podle aktuálních odpovědí respondentů. Celý rozhovor byl zaznamenáván na diktafon a doslovně přepsán. Autorka postupovala od jednoho textu k druhému. **Opakované čtení** každého přepsaného textu sloužilo k tomu, aby se vybrala témata a jevy, které se opakují. Autorka si barevně podtrhávala významné a zajímavé informace, dělala si vedle textu **poznámky**, vztahující se k důležitým momentům vzhledem k tématu. Vypisování poznámek sloužilo jako opora pro další **analýzu a formulaci rodících se témat**, která zachycují respondentovu zkušenost. Cílem bylo zredukovat objem dat do výstižných témat vzhledem k výzkumné otázce, **hledat vzájemné propojení mezi tématy**. Získaná data se **induktivně analyzovala**

pro každý rozhovor zvlášť, aby byla zachována autenticita každého příběhu. Po analýze jednotlivých rozhovorů autorka hledala **společná témata napříč všemi případy**. V této závěrečné fázi témata rozdělila do skupin podle výskytu do tzv. **tematických trsů**. Na závěr autorka předložila možnou **interpretaci dat**. Výsledky se prezentují z perspektivy tématu i z perspektivy jednotlivých případů. Převědou se do narativní podoby, doplní komentáři výzkumníka a přímými citacemi respondentů (Šuráňová, in Gulová, Šíp, 2013).

6 Organizace a průběh výzkumného šetření

Tato kapitola se věnuje výběru respondentů, představení výzkumného souboru a realizaci výzkumného šetření.

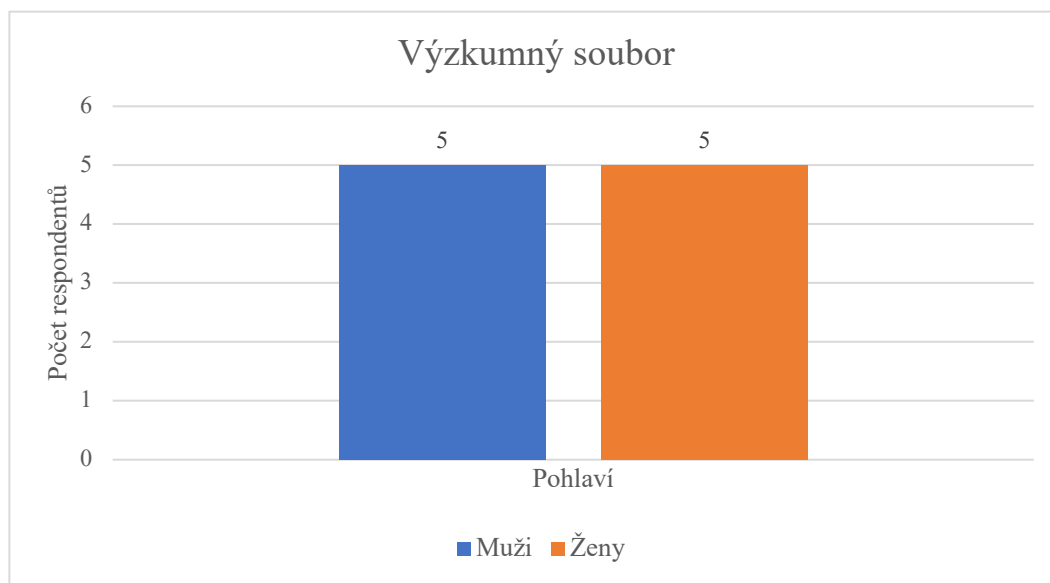
Práce na realizaci výzkumu rigorózní práce začala v dubnu 2021. Na gymnáziu v tu dobu probíhalo nezávislé online šetření pro potřeby gymnázia za účelem zjištění psychického stavu studentů. Byla jim byla předložena Škála depresivity (SDDSS), vytvořená autory Dolejšem, Skopalem, Suchou a Charvátém a Škála klasické sociálněsituační anxiety a trémy (KSAT) od Kondáše. Po skončení tohoto nezávislého šetření byli písemně vyzváni všichni studenti třetích ročníků čtyřletého studia a sedmého ročníku osmiletého gymnaziálního studia formou zprávy v aplikaci Teams ke spolupráci. Byli informováni o obsahu a cílech tohoto výzkumného projektu. Poté autorka oslovila třídní učitele třetích ročníků čtyřletého studia a sedmého ročníku osmiletého studia, kterým byl vysvětlen cíl výzkumu. Byli vyzváni, aby dopomohli k navázání kontaktu s konkrétním typem studentů, splňujících stanovená kritéria pro výzkum. Vše se dělo v online prostředí v aplikaci Teams. Prostřednictvím tipů od třídních učitelů autorka písemně oslovila 16 potenciálních participantů s žádostí ke spolupráci, byl jim znovu vysvětlen obsah, cíle a průběh výzkumu. Na základě písemné zpětné vazby od studentů bylo vybráno 10 z nich, kteří byli otevřeni rozhovoru a ochotni se dobrovolně účastnit výzkumu. Poté byli už s konkrétními studenty písemně domlouvány individuální termíny videohovorů. Před uskutečněním sběru dat proběhly se 3 studenty pilotní videohovory, které byly zaměřeny na ověření otázek a jejich případnou úpravu. Vlastní sběr dat probíhal od dubna 2021 do června 2021 formou videohovorů v aplikaci Teams.

6.1 Výběr respondentů, charakteristika výzkumného souboru a realizace výzkumu

Pro výběr výzkumného souboru si realizátor výzkumu zvolil nepravděpodobnostní metodu účelného výběru. Jedná se o záměrné vyhledávání účastníků s určitou vlastností, kteří jsou ochotni se dobrovolně účastnit výzkumu (Miovský, 2006). V daném případě byli nejprve osloveni třídní učitelé, aby dopomohli k navázání kontaktu s konkrétním typem jedinců splňujících kritéria pro výzkum. Následně byli osloveni i samotní studenti. Jako hlavní kritérium byl stanoven věk v období pozdní adolescence. Pro diplomové práce Smith,

Flowers a Larkin (2009, in Řiháček et al., 2013) doporučují vzorek o 3 až 6 respondentech, pro disertační práce 4 až 10 případů.

Sběr dat probíhal od dubna 2021 do června 2021 formou videohovorů v aplikaci Teams se studenty třetích ročníků čtyřleté formy studia a sedmého ročníku osmileté formy studia Gymnázia Josefa Ressela v Chrudimi. Spolupráce byla navázána se šestnácti jedinci, z nichž bylo nakonec vybráno 10 respondentů, kteří byli otevření rozhovoru a ochotni se dobrovolně účastnit výzkumu. Výzkumu se zúčastnilo celkem 10 probandů, z čehož bylo 5 žen a 5 mužů. V době výzkumu dosáhli všichni 18 let věku.



Graf 1: Výzkumný soubor

Zdroj: vlastní zpracování

6.2 Etická stránka výzkumu

V průběhu provádění výzkumného šetření byly dodržovány etické zásady, které vycházejí z aktualizovaného Manuálu pro psaní diplomových prací (Kolařík et al., 2019). Zároveň byly vytvořeny takové podmínky, aby se v nich proband cítil dobře a bezpečně.

Nejprve byli vyzváni všichni studenti třetích ročníků čtyřletého studia a sedmého ročníku osmiletého gymnaziálního studia formou zprávy v aplikaci Teams ke spolupráci na výzkumném projektu. Byli seznámeni s obsahem, cíli a účelem výzkumu. Byli poučeni, že sběr dat bude realizován formou rozhovoru, ze kterého bude pořizovaná audionahrávka a o předpokládané časové dotaci na jeden rozhovor. Studenti byli informováni

o **anonymizování osobních údajů a zachování mlčenlivosti**. S poskytnutými daty bude realizátor výzkumu nakládat tak, aby nedošlo k porušení ochrany osobních údajů. V souvislosti s pořízením audiozáznamu byli zároveň instruováni, že z audionahrávky bude vytvořen přepis k následnému kódování dat, poté budou rozhovory smazány a uchovány v psané formě v uzamčeném zařízení. Po přihlášení studentů do výzkumu byl s každým z nich sjednán individuální termín videohovoru v aplikaci Teams, byli znovu jednotlivě seznámeni s obsahem, cíli a účelem výzkumu. Probandům byl podrobně vysvětlen způsob anonymizace osobních údajů vzhledem ke skutečnosti, že u videohovoru se vytrácí jejich anonymita. Proto bude ve výzkumné části přiděleno každému účastníkovi písmeno a číslo, ženám písmeno A spolu s číslem, mužům písmeno B a číslo. Studenti nebyli popisováni vzhledově, ani podrobně z hlediska zájmů, o rodinných příslušnících nejsou publikovány bližší údaje týkající se zaměstnání či věku, aby nebylo možné nikoho z nich okolím identifikovat. Účast ve výzkumu je dobrovolná, v průběhu rozhovoru mají možnost upozornit realizátora výzkumu o vyjmutí pasáží, které nemají být do výsledné práce zahrnuty, nebo mohou v jakékoli fázi rozhovor přerušit či ukončit. Všechny zmíněné informace jsou zahrnuté do **informovaného souhlasu** (viz Příloha č. 6), který byl respondentům zaslán na jejich osobní účet v aplikaci Teams k podpisu.

Během rozhovoru jsou probandi konfrontováni s přímými dotazy na jejich prožívání v souvislosti s onemocněním COVID-19 a jeho dopady. Proto byli požádáni, aby si na videohovor zajistili soukromí a nebyli nikým rušeni. Realizátor výzkumu vedl rozhovor citlivě, s ohledem na aktuální rozpoložení daného studenta, postupoval podle obecných doporučení pro vedení rozhovorů.

7 Analýza a interpretace výsledků

Tato kapitola je věnována zkušenostem respondentů s danou tematikou a analýze výsledků a jejich interpretaci.

7.1 Zkušenosti respondentů s tématem

Žena A1

Slečna A1 byla první respondentkou, se kterou byl uskutečněn videohovor v online prostředí v aplikaci Teams. V době realizace výzkumu jí bylo 18 let. Bydlí ve městě (necelých 23 000 obyvatel) v rodinném domě spolu s mladším bratrem a s rodiči. Má samostatný pokoj. Je bez náboženského vyznání.

Během pandemie a následných protiepidemických opatření, zejm. na jaře 2020 trávila většinu času doma spolu s mladším bratrem, matkou, nepravidelně i s otcem, téměř celý následující školní rok školní rok 2020/2021 zůstala opět doma spolu s bratrem, občas i s matkou. Nepravidelně se scházejí s partou spolužáků na něčí chatě, střídají se, u koho to bude. Společně sledují distanční výuku a užívají si, že mohou být spolu. Vaří, hrají deskové hry, pijí alkohol, povídají si nebo jsou na sociálních sítích. Má více času se vídat s přítelem. S prarodiči a širší rodinou se neviděla prakticky vůbec, nemají zájem se vídat, bojí se nakažení. *„Je mi to líto, ale oni byli vždycky takoví.“* Matka připravovala obědy, zpočátku jedli pravidelně všichni spolu. *„V první vlně to bylo horší, protože jsem nebyla zvyklá trávit s rodinou tolik času, nebylo úplně jednoduché se zkoordinovat.“* V době distanční výuky zůstali doma spolu s mladším bratrem. Obědvají spolu a pomáhá mu s úkoly a testy do školy. *„V průběhu druhé vlny se vztahy zlepšily, hlavně s mým bratrem jsme měli čas se více sblížit a trávit spolu více času, za což jsem vděčná.“* Všední dny zaplnila distanční výuka, sledováním seriálů a filmů na Netflixu nebo HBO, četba a sledování dění ohledně koronaviru v ČR i ve světě na Instagramu Dominika Ferryho a Twitteru.

Z restriktivních opatření vnímala negativně, zejm. omezení kontaktu s vrstevníky. *„Jsem ráda mezi lidmi a tuto volbu jsem neměla.“* Dané opatření občas porušila, když se setkávala s některými spolužáky na chatě. Každý den si chatuje prostřednictvím Messengeru s přítelem, přáteli a spolužáky. Ochranou roušku úst nosila a nosí. Nevadí jí to, jen v létě a v obchodech je jí to nepříjemné, protože se potí.

Distanční výuku vnímala zpočátku pozitivně, hlavně na počátku první vlny pandemie. Měla dostatek času si doplnit úkoly, výuka probíhala nejprve nepravidelně, maximálně 3 vyučovací hodiny denně, ty byly ještě zkrácené, internetové spojení vypadávalo, nemusela se učit. *„Dala mi velkou flexibilitu, jelikož jsem si mohla dělat věci do předmětů, které mě hodně zajímají, a kterým se hodlám věnovat.“* Myslela si, že čas účelně využije, ale nevyužila. *„Byla jsem neproduktivní jak v osobní rovině, tak ve škole, nezvládala jsem si zorganizovat čas. Úplně jsem zapomněla, jak se učit. Bylo těžké se soustředit, psát si zápisky.“* Od října 2021 nebyla s distanční výukou spokojená. Uvědomila si, že téměř v žádném předmětu není výuka dostatečná, vše se musí doučovat sama. *„Je to promrhany čas, jelikož stejně strávím zbytek dne učením toho, co mě ani v prezenční výuce nenaučí.“* Aby učitelé předešli opisování, testy byly náročnější, neodpovídaly odučenému učivu a zkracovaly čas na vyplnění testů. Návrat do školy byl pro ni stresující záležitostí. *„Denně jsme psali pět testů, než se stanovil limit tři testy za den. Vadila mi neschopnost některých učitelů učit, komunikovat s námi a jednat s námi jako s dospělými. Někteří učitelé dělali i podrazy.“* Jako přínos distanční výuky vidí stmelení třídního kolektivu, kdy si všichni vzájemně vypomáhali, zejm. při testech. *„Měla jsem z vyučovacích předmětů přiměřené známky díky spolupráci se spolužáky.“*

Největším stresem byla pro klientku škola. Oporou jí byli hlavně přátelé, se kterými se mohla střetávat jen v omezeném čase.

Měla a dosud má rozhozený režim dne. Teprve v posledních dnech se sama snaží být více produktivní a režim dne si nastavit, protože ví, že se za několik týdnů vrátí do školy. *„Vstávala jsem v 7:00 hod. ráno, prospávala jsem mezi hodinami až do 9:00 hod., snídala jsem během výuky. Převlékala jsem se až před obědem nebo když jsem měla někam jít.“* Zpočátku se často hádala s matkou, která se jí neustále ptala, co má naplánováno a nutila ji se převlékat. Vadilo jí, že ji neustále kontroluje, protože trávila doma hodně času. *„Musela jsem si na to zvyknout. Bylo to těžké. V určitých obdobích mi nešlo plánovat vůbec, neměla jsem událost, na kterou bych se těšila, neměla jsem motivaci.“* Občas se dostavily úzkosti, nemohla dýchat nebo brečela a nevěděla proč. Cítí se vyčerpaná a unavená, občas plačtivá. *„Ale zjistila jsem, že mám od mamky velkou podporu.“* Někdy si mezi vyučovacími hodinami dopoledne umyla vlasy. Z 90 % se nevěnovala výuce, měla jen puštěný zvuk do pozadí, aby mohla reagovat na učitele. Někdy sledovala při výuce seriály, prospávala, chatovala, byla na sociálních sítích, uklízela. Nebo se zabývala jiným předmětem, důležitým pro budoucí povolání. Nyní se snaží poslouchat výuku učitele, dopisuje si zápisy, úkoly,

protože se obává návratu do školy. Chce si naplánovat na každý den nějakou aktivitu a plánuje i dovolenou na prázdniny. Obědvá mezi 11:00 až 12:00 hod. spolu bratrem. Většinou u sledují u oběda nějaký oblíbený seriál. V obědové pauze spí. Po skončení výuky, jak v první vlně pandemie, tak na podzim i teď, jde za hezkého počasí ven. Volný čas tráví nejčastěji se svým přítelem a s přáteli. Podle počasí a nálady chodí běhat nebo si doma zapsiluje. Ráno po probuzení a večer před spaním cvičí jógu. Večeři nejčastěji připravuje matka. Spolu s rodiči se denně baví o dění v České republice i ve světě, společně plánují dovolenou na léto. Aktuálně si respondentka dělá autoškolu. Spát chodí po půlnoci, často nemůže usnout nebo se probudí nad ránem, hlavou jí běží nepříjemné myšlenky, které nejdou zastavit. Pak většinou ještě usne. Při probuzení je unavená.

Respondentka prodělala onemocnění COVID-19 bez vážnějších příznaků. Nakazila se pravděpodobně od spolužáků, nikoho sama nenakazila. Chce se nechat naočkovat, aby neohrozila své nejbližší, mohla cestovat a byl jí umožněn vstup do míst, kde byl vyžadován certifikát o očkování.

Během rozhovoru se slečnou A1 panovala příjemná, klidná a důvěrná atmosféra. Respondentka sdělovala své zkušenosti a pocity z pandemie, sama se rozprávěla o svém psychickém rozpoložení, narušeném režimu dne, sociálním kontaktu, škole, rodinných vztazích, těžkostech, zdrojích pomoci a postoji k nemoci.

Žena A2

Slečna A2 je osmnáctiletá studentka, která bydlí ve městě (necelých 23 000 obyvatel) v rodinném domě spolu s matkou a starší sestrou, která studuje vysokou školu. Rodiče nejsou rozvedeni, ale žijí odděleně. Otec bydlí ve stejném městě. Respondentka má samostatný pokoj. Jejich dům má společnou zahradu s domem prarodičů a s domem matčiny sestry a její rodiny. Je bez náboženského vyznání.

Během pandemie a následných protiepidemických opatření byla doma spolu s matkou a starší sestrou. Matka tři dny v týdnu pracovala. „*Když se mamka vrátí z práce, přinese nákup, sdílíme, jak se kdo měl a co budeme dělat o víkend.*“ Pokud byla doma na home office, byl doma ruch, protože ji slyšela neustále s někým telefonovat. Sestra má online výuku v sousedním pokoji. „*Bylo to náročné, protože u nás je všechno slyšet.*“ S prarodiči se setkává méně než obvykle, občas šla k babičce na oběd. „*Respektovala jsem to, protože jsem nechtěla nakazit babi s dědou.*“ S otcem je v pravidelném styku každou neděli, chodí spolu na procházky, někdy jedou na výlet.

Z restriktivních opatření jí nejvíce vadilo omezení volného pohybu a kontaktu s vrstevníky. Je zvyklá hodně sportovat. Intenzivně se věnovala tanci, a když byly zakázané volnočasové aktivity, tréninky se převedly do online prostředí a jejich četnost se snížila na dvakrát týdně, začala respondentka běhat. Za nevýhodu online výuky tance považuje zmenšení a omezení prostoru na pohyb („v tanečním sále je více místa než v obývací místnosti“), rytmus hudby je v online prostředí nepřesný a zpožděný a nejvíce ze všeho jí chyběl taneční kolektiv. „Chybí mi tým, i trenér, protože mě nemůže opravit jako při normálním tréninku. Nemám zpětnou vazbu.“

Distanční výuka jí nevyhovovala. „Nejvíce mě stresovala škola. Online testy byly jednoznačně těžší, než kdybychom je psali ve škole. Učitelé zkrátili čas na minimum a náročností byly na úrovni vysoké školy. Psala jsem to spolu se sestrou, měly jsme to co stihnout, je to její obor na VŠ, a stejně jsem dostala trojku.“ S kamarády a spolužáky byla v online kontaktu, komunikovali spolu přes Face Time, Messenger a Teams, často se viděli přes kameru. V menším počtu se nepravidelně vidávali osobně. Psychickou podporu dostává právě od přátel a rodiny.

Denní režim přizpůsobila distanční výuce a restriktivním opatřením. Vstává v 7:50 hod., uvaří si čaj, vyvětrá si v pokoji, převlékne se a připojí se na online výuku. Snídá po druhé vyučovací hodině, udělá si kávu na povzbuzení. Obědy si vaří sama nebo je má připravené od matky, občas zajde k babičce na oběd. Po skončení online výuky sleduje seriály, připraví si věci do školy na další den, dopisuje zápisy a vypracovává úkoly. Každý den ven nechodí, dvakrát týdně má online tréninky. Ráda si čte, hraje sudoku, denně stráví na sociálních sítích vyjma. online výuky dvě hodiny, chatuje, zjišťuje informace ze společenského dění ohledně COVID-19 a aktuálních opatření prostřednictvím Instagramu a ČT24. Aktuálně si dělá autoškolu.

V době rozhovoru osobní zkušenost s onemocněním COVID-19 respondentka neměla, nemoc prodělali někteří blízcí bez závažnějších následků. Chce se nechat naočkovat, aby mohla cestovat, sportovat a byl jí umožněn vstup do míst, kde je vyžadován certifikát o očkování.

Téma rozhovoru s respondentkou A2 byla propojena s volnočasovými aktivitami, sociálním kontaktem, distanční výukou, rodinou a postojem k očkování. Byla věcná, o svých emocích se nevyjadřovala.

Žena A3

Třetí respondentka je také osmnáctiletá slečna, která žije v bytě 3+1 na sídlišti na okraji města (necelých 23 000 obyvatel) spolu s matkou, jejím manželem a mladším bratrem, se kterým sdílí pokoj. S otcem, který bydlí ve stejném městě, je v kontaktu ob den, byli spolu doma, venčili psa nebo se jeli podívat za babičkou. Je bez náboženského vyznání.

V době pandemie COVID-19 nepocítuje žádné změny. Více času sice trávila doma, ale protože, jak sama uvedla, je introvert, nevadilo jí to. *„Ze začátku jsme si v rodině hodně lezli na nervy, měli jsme ponorku, protože jsme spolu byli celé dny doma, občas jsme se hádali, ale sblížilo nás to.“* Pomáhá svému bratrovi s učením a s úkoly, kontroluje jej, zda je připojený. Online výuku mají každý v jiné místnosti. Po večerech spolu hrají hry. *„Můj vztah s bráškou se utužil.“* Měla strach o svého dědu, který byl hodně nemocný, ležel dlouho v nemocnici, ale nakonec se vyléčil. S přáteli kontakt neztratila, volají si přes Messenger a střetávají se. Dny zaplnila distanční výuka, vypracování úkolů do školy, pomoc bratrovi s učením a se školou, sledování seriálů a filmů na Netflixu a HBO. *„Bylo náročné skloubit plno věcí dohromady.“* Před pandemií se věnovala tanci. Tréninky byly převedeny do online prostředí, probíhaly 2krát týdně. Začala meditovat, kreslit a *„psát si do šuplíku“*. Občas jede s bratrem na koloběžce nebo podniká s kamarádkou malé výlety. Aktuálně si dělá autoškolu.

Restriktivní opatření neřeší, roušku nosí, protože musí, společenské dění ji nezajímá, jen informace, kdy se bude vracet do školy. Sleduje Instagram Dominika Ferryho a další sociální sítě.

Distanční výuka jí přinesla pohodlí. *„Mám velký stůl, kde si rozložím tužky a pastelky, naliju si pití, dojdou si na WC, kdy chci.“* Chybí jí osobní kontakt a vzájemná interakce s učiteli, která je v online prostředí složitější, čistě poslechové výkladové hodiny jí nevdí.

Režim dne přizpůsobila distanční výuce, povinnostem a osobním aktivitám. Vstává okolo 7:30 hod., udělá si snídani, připraví si věci na hodinu a převlékne se. Výuka je rozdělená na asynchronní a synchronní hodiny. Zkontroluje bratra. V průběhu první vyučovací hodiny se nasnídá, o přestávce si vyčistí zuby a pokračuje ve výuce. V polední pauze si sní připravený oběd nebo si sama něco uvaří. Zbylý čas, asi 30 minut, využije ke sledování sociálních sítí. Po výuce si dodělá zápisy, které nestihla, a úkoly do školy, pomůže s úkoly a učením mladšímu bratrovi. Když je pěkné počasí, jde s bratrem jezdit na koloběžce nebo jde s kamarádkou na procházku. Domů se vrátí okolo 16:00 hod., poté se vrací rodiče

z práce. V úterý a ve čtvrtek má tancování online, v úterý ještě autoškolu (teorii online) a chodí za otcem. Večeři připravuje matka, společně všichni večeří mezi 18:00 a 19:00 hod. a dívají se na oblíbené seriály. Večer, když bratr spí si píše slohové práce nebo dodělává resty do školy. Snaží se jít spát okolo 23:00 hod., častěji však až o půlnoci.

S onemocněním COVID-19 osobní zkušenost nemá, očkovat se nebude, jeden z rodičů léčí automatickou kresbou. „*Nemoc je, když nejsme porovnaný, když máme v sobě křivdy.*“

Z rozhovoru byla identifikována následující klíčová témata: introvert, rodina, režim dne a postoj k nemoci.

Žena A4

Tato osmnáctiletá respondentka žije spolu s rodiči, staršími bratry a babičkou v rodinném domě v malé obci (cca 340 obyvatel). Jeden starší bratr žije částečně u své přítelkyně (čtyři dny v týdnu) a druhý studuje vysokou školu. Je římsko-katolického vyznání.

V době první vlny pandemie byli všichni z rodiny spolu doma. „*Byl to nezvyk, že s námi rodiče ve všední dny obědvali.*“ V dalších vlnách už oba rodiče pracovali, zůstala doma s bratrem, který studuje vysokou školu. Někdy spolu s bratrem společně obědvají, jindy se jde najíst k babičce, která jim vaří. S bratrem si povídají, občas jí poradí s něčím do školy. Online výuku mají každý v jiné místnosti. Dny jsou vyplněné online výukou, péčí o domácí zvířata, obědovými pauzami s bratrem nebo s babičkou, cvičením, procházkami s kamarády, někdy pomocí v sociálních službách, sledováním sociálních sítí, chatováním s kamarády a se spolužáky, telefonování si s nimi. Dění v České republice a ze světa pravidelně sleduje zejm. ze zpráv ČT, dále ČT24, Instagram Dominika Ferryho a Seznam zprávy. Na sociálních sítích stráví denně vyjma distanční výuky čtyři až pět hodin. Sleduje na nich i cvičení a seriály. Po uvolnění některých opatření chodí do kostela.

Pandemie a následný lock-down znamenal pro respondentku řadu změn. Na začátku první vlny pandemie COVID-19 jí zemřela druhá babička, která byla řadu měsíců nemocná. Prezenční výuka byla převedena na distanční, tudíž nemusela denně dojíždět do školy. Byly zrušeny zájmové kroužky, přestala se vídat s lidmi z volnočasových aktivit, se spolužáky i s přáteli. Bála se, že přijde o přátele, když se nemohou vidět. Rozhodil se jí denní režim. „*Mám více času, nemusela jsem ho řešit, ale je to paradox, musím se s ním naučit zacházet, abych ho nepromarnila.*“ V rodinných vztazích změnu nevnímá, jen to byl zpočátku nezvyk, když spolu celá rodina pravidelně každý den obědvala.

Z restriktivních opatření negativně vnímala omezení pohybu, sociálního kontaktu a volnočasových aktivit. Ochrannou roušku úst nosila a nosí, snaží se pravidla dodržovat. Nejvíce jí stresovala změna denního režimu a omezení sociálního kontaktu. Zjistila však, že přátelé jí zůstali věrni, a naopak se blíže poznala se spolužáky, se kterými se běžně ve třídě příliš nebaví. Velkou oporou jí poskytuje její rodina „*dává mi jistotu a bezpečí*“, kamarádi a samozřejmě víra v Boha. Dobrou náladu podporuje pěkné počasí „*když ráno vstávám a svítí sluníčko*“ a dobré jídlo.

S distanční výukou je respondentka obecně spokojená, učitelé hledají cesty, jak být studentům blíž. Vadí jí, že se nevidí se spolužáky, ani s učiteli, nemá zpětnou vazbu. „*Distanční výuka nikdy prezenční nenahradí!*“ Zároveň zjistila, že online testy jsou mnohem náročnější, učitelé žádají informace, které nikdy neučili, a zároveň zkracují čas. Zpočátku psala testy jen na základě svých vědomostí z odprezentovaného učiva a z učebnice. Měla však špatné známky. „*Nebylo to od učitelů spravedlivé, tak jsem začala podvádět! Je mi to nepříjemné, ale jinak bych měla podstatně horší známky než v době normální výuky.*“ Na druhou stranu neví, jestli se chce vrátit do školy, protože si zvykla na aktuální denní režim, na to, že nemusí dojíždět a řeší vše z domova. Čas je pro ni stále „*roztaháný*“, chodí spát velmi pozdě, dny jsou dlouhé. Obvykle vstává cca v 7:50 hod., převlékne se a zapne si počítač (PC). V průběhu online výuky jde ven otevřít slepicím a nasnídá se. Někdy obědvá s bratrem, jindy se jde najíst k babičce. Po skončení online výuky, tj. mezi 15:00 až 16:00 hod., spí. Pak se dívá na videa, Instagram, do 17:00 hod. má pauzu. Poté se věnuje opět škole. Ven s přáteli chodí nepravidelně, stejně tak na dobrovolnickou činnost. Večeři připravuje sama nebo její matka mezi 19:00 až 20:00 hod. Následuje online cvičení na YouTube, dodělává věci do školy, chatuje, osprchuje se, chodí spát mezi 2:00 až 3:00 hod. „*V noci nemůžu usnout, proto si dávám po škole šlofika.*“

Osobní zkušenost s onemocněním COVID-19 nemá. Už je naočkovaná. Využila nabídku sociálních služeb, kde pracuje její matka a kam chodí občas dobrovolnický pomáhat. „*Zdraví je důležité! Chci chránit okolí a sebe!*“

Při rozhovoru byla respondentka spontánní, povídavá, upřímná, občas sama zavtipkovala, nasmály jsme se. V rozhovoru autorka zaznamenala následující klíčová témata: změny spojené s restriktivními opatřeními, režim dne, sociální kontakt, rodina a distanční výuka.

Žena A5

Poslední respondentka ženského pohlaví je osmnáctiletá slečna, která bydlí v rodinném domě v menším městě (asi 4 700 obyvatel) spolu s otcem, mladší sestrou a mladším bratrem, o patro níže bydlí prarodiče. Druzí prarodiče bydlí přes zahradu. S mladší sestrou sdílí pokoj. Je římsko-katolického vyznání. Matka zemřela v roce 2019.

V době první vlny pandemie zůstali všichni spolu doma. V dalších vlnách již otec normálně pracoval a odjížděl mimo město, vracel se večer nebo odjel z domu na více dní. Se sourozenci jsou zvyklí se o sebe postarat, „jsme zodpovědní“, na obědy chodí na střídačku k jednomu i k druhým prarodičům. „*Máme rozšířenou domácnost.*“ Odpadlo dojíždění do školy a do volnočasových aktivit. Některé zájmové kroužky byly převedeny do online prostředí, jiné zrušeny. Došlo k omezení autobusové dopravy, jedenkrát týdně chodí do města nakoupit. Přestala se vídat s přáteli, chodit s nimi do kavárny. „*Byla jsem zvyklá být hodně venku, mít dva až tři kroužky denně a najednou nikam nejezdím, ani do kaváren, jsem doma. Máme tady nějaký pravidla, tak se to musí vydržet!*“ Vztahy v rodině se nezměnily, ale „*je to náročnější na vyvážení vztahů, aby si jeden nepřišel méněcennější než druhý, proto střídáme obědy u prarodičů.*“ Se sourozenci nebyli zvyklí trávit spolu tolik času. Protože sdílí s mladší sestrou pokoj a obě mají zároveň online výuku, vzájemně se slyší a ruší. Bratr má výuku ve vedlejší místnosti. Společně sourozenci sdílí informace o škole, občas si spolu zahrají společenské hry. „*Každý z nás si po výuce rád pustí svůj oblíbený seriál v jiné místnosti, aby měl trochu soukromí.*“ Pravidelně sleduje situaci ohledně COVID-19 z domova i ze zahraničí, a to nejčastěji z internetu (Instagram Dominika Ferryho, Facebook, Seznam zprávy), a zprávy ČT24. Denně o tom diskutují s otcem.

Ve městě, kde respondentka žije, bydlí jen jeden spolužák ze třídy. S ostatními spolužáky je v pravidelném kontaktu při online výuce, píšou si, volají si, vzájemně si pomáhají se školou. S některými přáteli si telefonuje, s jinými jen píše přes Messenger nebo využívá hlasové zprávy, protože je to rychlejší způsob komunikace. Se dvěma kamarádkami je denně v telefonickém kontaktu a snaží se s nimi i setkávat. „*Když byl třítdenní lockdown, vůbec jsme se neviděly, bylo to hrozný!*“ Chodí spolu na procházky a občas nakupují „*důchodcům*“.

Distanční výuka s sebou přinesla pozitiva i negativa. Výhodou je, že nemusí dojíždět a brzy ráno vstávat. Soustředí se na předměty, kterým se chce v budoucnosti věnovat. V pauzách mezi jednotlivými předměty si zahraje na klavír, udělá úkoly. Nasvačí se, když má hlad,

a nemusí čekat na přestávku. Větší pocit jistoty cítí při psaní některých testů, poněvadž si může sama částečně ověřit, zda jsou její odpovědi správné (má vedle sebe sešit). Na druhou stranu se naučila podvádět, poněvadž někteří učitelé zvýšili obtížnost testů tím, že požadují informace, které neodučili, a ještě zkrátili čas na vyplnění testů. U distanční výuky jí vadí, že na obrazovce vidí pouze dva učitele, ostatní jen slyší. Také jí mrzí přístup některých spolužáků, kteří nereagují na výzvu učitele a vůbec neodpovídají. Chce se vrátit do školy. „*Chybí mi ty debaty ve škole se spolužáky, s učiteli.*“

Za nejvíce stresující považuje písemky ze společensko-vědního semináře. Tento předmět nebyl často realizován, učitel neposkytuje žádné prezentace, ani nepřednáší, jen diskutuje a nechce sdělit, jaké učivo se mají studenti naučit. Je to pro ni nejasné, netransparentní, ohrožuje ji nejistota a možnost selhání, špatného výsledku. Respondentku stresuje, pokud má někam jet, cítí se ohrožená větším počtem lidí, ale po 20 až 30 min. si zvykne a uklidní se. „*Stáhne se mi žaludek, sevře hrdlo, není mi dobře, nemůžu dýchat, což mě ještě víc rozhodí. Cítím se nejistě, je to hodně divný a nepříjemný pocit.*“ Zároveň jí vadí hovořit při online výuce do tmavé obrazovky, kde nikoho nevidí, a neví, kdo ji poslouchá. Naopak relax jí přináší hra na klavír. Hraje od malička, často a ráda. Také pravidelné cvičení jí pomáhalo se uvolnit. Každou neděli má „*lazy day*“, tzn. že si užívá, odpočívá, cvičí, je s přáteli. Právě přátelé jsou zdrojem pomoci a podpory, stejně tak jako rodina. Velkou oporou je i víra v Boha. Chodí do kostela tak, jak byla zvyklá.

Režim dne musela upravit stávající situaci. Vstává v 7:00 hod., pak vzbudí mladšího bratra, sestra vstává sama. Všichni společně snídají. Na jaře 2020 sledovala online výuku v pyžamu, připadala si, že má prázdniny. Online výuka totiž téměř neprobíhala, učitelé zadávali úkoly. Vyhovovalo jí to, poněvadž si sama plánovala aktivity dle svých potřeb. Od podzimu 2021 se již převléká do domácího oblečení. Pokud není otec doma, vždy jim zatelefonuje a popřeje pěkný den. Půl hodiny předem se připraví na online výuku, je klidnější. O přestávkách si zahraje na klavír nebo dělá úkoly, aby měla vše hotové, než výuka skončí. Obědy vaří otec nebo mají zbytky od večere a dvakrát týdně chodí na oběd k babičkám. O polední pauze nespí, ale dělá věci do školy. Po skončení výuky si občas pustí nějaký film, sleduje sociální sítě, chatuje nebo si telefonuje s přáteli. Každé odpoledne si jde popovídat s babičkou, která bydlí o patro níž. Sdílí spolu, jaký měly den. Občas chodí ven, pomáhá starším lidem s nákupy. V úterý měla online klavír. Denně 30 min. cvičí podle YouTube, ve středu má strečink. Jakmile došlo ke zrušení některých opatření, vrátila se k činnostem, kterým se věnovala před pandemií (např. sborový zpěv). Aktuálně

absolvuje autoškolu. Večeří spolu s otcem, někdy sama. Spát chodí mezi 22:00 až 23:00 hod.

Onemocnění COVID-19 prodělala bez vážných následků, s lehkým průběhem. Chce se nechat naočkovat, vnímá to jako jediné východisko. Obává se o své nejbližší. „*Očkování je svobodná volba, ale nemám ráda, když lidé demonstrují bez roušek a nabádají ostatní, proč se neočkovat!*“

Z rozhovoru vyplynula následující klíčová témata: změny související s protiepidemickými opatřeními, režim dne, stresori a zdroje pomoci, duševní zdraví a postoj k nemoci.

Muž B1

Muž B1 je osmnáctiletý student, který bydlí ve velkém rodinném domě na okraji města (necelých 23 000 obyvatel) v satelitu spolu s rodiči a čtyřmi mladšími sestrami. Každý z nich má samostatný pokoj. Je bez náboženského vyznání.

V době první vlny pandemie zůstali všichni spolu doma, otec pracoval na home-office. V dalších vlnách otec odjížděl pravidelně za prací mimo město, matka pracuje v domácnosti, stará se o jednu z mladších sester, která vyžaduje péči. „*Trochu jsme si zpočátku lezli na nervy, ale zvykli jsme si. Více jsme se poznali a vztahy mezi námi se zlepšily.*“ Blíže poznal dvě mladší sestry, se kterými trávil asi nejvíce času. U jedné si teprve všiml, že je introvert a bude mít problém s návratem do školy. Druhá je naopak extrovert. Jsou zvyklí se sami o sebe postarat, snídani si chystá každý zvlášť. Občas sourozencům pomůže s přípravou do školy i testy. Byl mu zrušen pohybový kroužek, tak začal běhat. Další kroužek byl převeden do online prostředí a aktuálně už probíhá prezenčně. U některých kamarádů zjistil, že s nimi potřebuje být víc v kontaktu. S přáteli a spolužáky je v kontaktu přes Messenger a Instagram, chatují si, telefonují a nepravidelně se střetávají.

V důsledku restriktivních opatření přišel o spoustu zážitků, výletů, akcí. Situace ohledně COVID-19 jej nejprve neznepokojovala, protože nikdo z jeho okolí nebyl nemocný. Až na základě informací z médií a postupem času, kdy byli nakaženi spolužáci, se začal obávat, co bude dál. Sledoval sociální sítě, zejm. Instagram („Jsem v obraze“, „Do kontextu“, „Politika pro mladé“), zprávy na Seznam, ČT1, investigativní a publicistické pořady.

Na jaře 2020 si uvědomil, že má spoustu volného času. Měl rozhozený denní režim. „*Hodně času jsem strávil mrháním času, což mě stresuje až teď, kolik věcí jsem mohl udělat ... Nyní*

mám pocit, že nestíhám, a to jsem stále ještě doma, protože je distanční výuka. “ Vstává mezi 7:00 až 7:30 hod., nachystá si snídani a připraví se na online výuku. Dříve si psal zápisky v posteli, avšak zjistil, že mu to nevyhovuje. V obědové pauze společně s matkou a sourozenci pomáhají s vařením oběda, někdy si objednájí jídlo. Většinou obědvají společně, jindy každý zvlášť podle online výuky. Po skončení online výuky se nasvačí a chodí pravidelně spolu se svým kamarádem vyvenčit psa. Našel si aktivity, které by mohl dělat a zároveň mu přinášejí uspokojení. Vaří, peče, jde si zaběhat, čte časopisy, knížky, sleduje seriály na HBO a Netflix, dělá si autoškolu, chatuje s kamarády a chodí na brigádu. Prochází si podmínky vysokých škol k přijetí a chystá si postupně materiály k maturitě. Největší psychickou oporou mu je rodina a kamarádi, se kterými neztratil kontakt. Navečer se domů vrací otec, většinou večeří každý zvlášť podle aktivit. Znovu jde na procházku se psem, připravuje si věci do školy, někdy si všichni spolu zahrají společenské hry nebo se dívají na oblíbený film. Spát chodí mezi 22:00 až 23:00 hod.

Distanční výuka nyní znamená pro respondenta efektivnější a ekonomičtější využití času, poněvadž příprava do školy trvá kratší dobu. Může se více věnovat předmětům, které potřebuje pro budoucí povolání a v ostatních předmětech nemusí být připraven na 100 %. Jednotlivé hodiny jsou časově kratší, a učitelé nestihnou odučit stejné množství učiva jako při prezenční výuce. Postrádá interakci, zpětnou vazbu od učitele i spolužáků, přístup je neosobní. Ve výuce cizích jazyků nemá s kým spolupracovat, stydí se mluvit do počítače, kde nikoho nevidí.

COVID-19 sám neprodělal, někteří členové onemocněli, ale měli lehký průběh. Chce se nechat naočkovat. „*Důvěřuji medicíně a je to jediná cesta, jak vše vrátit do normálu.*“

Rozhovor s respondentem byl příjemný, probíhal v klidné atmosféře. Sám přemýšlel nad pozitivy a negativy protiepidemických opatření, co to pro něj znamená a jak si upravit den, aby byl pro něj přínosný. Z rozhovoru vyvstalo několik dalších klíčových témat: rodina, přátelé, režim dne, stresori, distanční výuka a postoj ke zdraví.

Muž B2

Muž B2 je osmnáctiletý student, který bydlí v rodinném domě v malé obci (asi 860 obyvatel). Má samostatný pokoj. Je bez náboženského vyznání. Jeho dvě starší sestry se odstěhovaly, každá z nich už má děti. Navštěvují se nepravidelně, většinou o víkendech. Oba rodiče pracují celou distanční výuku z domova.

Lock-down přinesl výraznou změnu do jeho života. Odpadlo mu denní dojíždění do školy. „*Nemusím každý den vstávat a být ve škole s lidma, který mě vysíraj.*“ Není v kontaktu téměř s žádnými kamarády, ani se spolužáky, jen ojedinele. „*Paradoxní je, že s kamarádkou, která bydlí 40 metrů vedle (naše sousedka), jsme se viděli pouze dvakrát za celý rok, protože její rodiče jsou starostliví a mají strach z nakažení.*“ Rozhodil se mu režim dne, nezvládá to. „*Mám hrozný problém se vstáváním, s jídlem, s celkovým režimem dne.*“ Od pololetí zameškal při distanční výuce už 80 hodin. „*V rozvrhu jsou každý den změny, neorientuji se v tom, ani nechci. Byly dny, kdy jsem se nepřipojil, nechtěl jsem, bylo mi na nic.*“ Na základní škole se léčil s úzkostmi a obsesemi, chtěl být nejlepší. Jeho psychický stav se za pomoci medikace stabilizoval. Přesto jej stresuje, že je z některých předmětů na propadnutí. Po celou dobu distanční výuky respondent trpí nepravidelnými úzkostmi, občas depresivní náladou. Ambulantně dochází na psychiatrii, poněvadž mu lékařka diagnostikovala před dvěma roky schizoafektivní poruchu, se kterou respondent nesouhlasí. Léky neužívá, není dle psychiatra potřeba. Matka je podle respondenta úzkostlivá, neustále jej kontroluje, vyčítá mu, že nejí, celý den leží a nic nedělá. „*Máma se neumí sama zabavit, má ke všemu připomínky, furt mi leze do pokoje.*“ Často se spolu hádají. Jeho vztah s otcem se mírně zlepšil. Změna nastala i v rodinných vztazích. „*Rodiče mají mezi sebou neshody, neměli by být spolu, ale jsou, a já to odprádávám.*“ Jako největší stresory uvádí právě rodiče a sociální izolaci. „*Člověk je po většinu dne zavřený doma, komunikuje jen přes sociální síť. Když reaguji na zprávu a odpovím smajlíkem, přičemž to myslím nějak, zjišťuju, že dochází k nedorozumění, protože si to druhá strana vyloží úplně jinak.*“ Největší oporou je mu kamarádka ze sousední vesnice. Znají se už z mateřské školy. Kamarádka se léčí se sociální fobií. „*Vždycky mě podpoří.*“ Dále mu pomáhá nikotin a marihuana. *Jsem závislý na nikotinu, ale už půl roku kouřím jen příležitostně. Místo toho užívám nikotinové sáčky, od léta do zimy dva až tři denně, nyní pět sáčků denně.* Marihuanu kouří každý den. Také mu pomáhají meditace.

Distanční výuka mu nevyhovuje, protože kvůli tomu nemá režim. „*Když se chodí do školy, vše má svůj řád, musí se vstávat, na určitou dobu tam být, učit se a plnit úkoly. Taky vím, co se ode mě přesně chce.*“ Vadí mu hovořit do tmavé obrazovky, kdy se všichni soustředí jen na jeho hlas, a on přitom nikoho nevidí. Proto raději nekomunikuje. Do některých předmětů přestal dělat úkoly a posílat je učitelům, protože se dlouhodobě nepřipojoval, neslyšel tak výklad látky, a teď tomu vůbec nerozumí. Připadá mu hloupé požádat spolužáky, aby mu vypracovaný úkol poslali. Z některých předmětů je kvůli tomu

na propadnutí, což ho stresuje. Ví, že bude muset vše vysvětlit učitelům a požádat je o shovívavost, aby nepropadl. Do školy se těší. „*Těším se na spolužáky, na frontu na oběd, jak se budeme ve frontě vzájemně strkat, ...*“ Jestli tam bude pravidelně docházet, neví, bude záležet na tom, zda se mu bude chtít vstávat. Aktuálně vstává na budík v 7:55 hod. Připojí se na hodinu a celé dopoledne stráví v posteli. Obědvá ve 14:00 hod., každý den má od matky navařené jídlo. Před rokem užíval léky na podporu chuti k jídlu, ale nepomohlo to. Hlad sice má, ale stále trpí nechutenstvím, proto nejí. Po skončení výuky jde buď s kamarádkou ven, nebo se věnuje předmětům, které jej zajímají a chtěl by z nich příští rok maturovat. Hodně času tráví na sociálních sítích (Teams, Messenger, Instagram). Dvakrát až třikrát týdně si přečte na Seznamu zprávy. „*Čím častěji je člověk navštěvuje, tím hůře se cítí.*“ Občas pomáhá na zahradě. Spát chodí mezi 2:00 až 3:00 hod. „*Dřív se mi spát nechce, někdy to ani nejde.*“

Naočkovat se nenechá, protože prodělal COVID-19 britskou mutaci. „*Nevidím k tomu žádný důvod, jsem zdravěj, mladěj člověk.*“

K rozhovoru s tímto studentem došlo oboustranným omylem. Byl sice domluvený termín, respondent s rozhovorem souhlasil, ale netušil, že se jedná o rozhovor za účelem výzkumu. Na začátku byl vysvětlen cíl rozhovoru, vyjasněn informační šum, respondent udělil souhlas s realizací rozhovoru. Tento rozhovor byl nejdelší ze všech, trval dvě hodiny, byl velmi osobní. Oproti ostatním respondentům se muž B2 nebál hovořit o kontroverzních tématech, jako je např. zneužívání návykových látek, a blíže o rodinných vztazích. Mezi další klíčová témata patří sociální izolace, duševní zdraví, distanční výuka.

Muž B3

Muž B3 je osmnáctiletý student, který bydlí spolu s rodiči a mladším bratrem v rodinném domě (necelých 23 000 obyvatel). Má samostatný pokoj. Je bez náboženského vyznání.

Pandemie COVID-19 a následný lock-down vnesla do jeho života především omezení fyzického kontaktu s kamarády a oslav s prarodiči. S přáteli se vídal denně, nyní je to 1x až 2x týdně. Zároveň s nimi komunikuje přes Messenger, Instagram, Discord. Se spolužáky je v intenzivním kontaktu během online výuky, vzájemně si pomáhají, hrají hry, diskutují, sledují seriály. Prarodiče se obávají o své zdraví, proto s nimi udržuje jen telefonický kontakt. Na druhou stranu získal čas věnovat se svým zálibám. Poslouchá hudbu, každý den cvičí, dívá se na oblíbené seriály, spoustu času tráví na sociálních sítích, sleduje dění okolo sebe (zprávy ČT1, Seznam zprávy, Instagram Dominika Ferryho), občas si vyjede autem.

Oba rodiče normálně pracovali v první i ostatních vlnách pandemie. Doma zůstal spolu s mladším bratrem, který má také distanční výuku. *„Trávíme spolu více času, obědváme spolu, někdy mu pomáhám s úkoly nebo testy.“* Rodinné vztahy se nezměnily. Nejvíce jej ohrožuje budoucnost. *„Nevím ještě, co budu dělat, kam budu směřovat? V této zvláštní době je to pro mě neuchopitelné.“*

Distanční výuka mu vyhovuje v tom, že má více času a příležitosti soustředit se na předměty, kterým by se chtěl v budoucnu věnovat. Zároveň neexistuje reálná kontrola produktivity, nikdo nad studenty nestojí a nekontroluje je. *„Motivovalo by mě to, abych se více učil a nemusel bych tolik toho dohánět.“*

Denní režim přizpůsobil distanční výuce. Vstává v 7:55 hod. na budík, zapne si počítač a převleče se z pyžama. V průběhu první a druhé vyučovací hodiny snídá. Obědvá spolu s bratrem, obědy mají z firmy od rodičů. Po skončení online výuky má v pondělí, ve středu a v pátek volno. Jednou až dvakrát týdně se vidí s přáteli. Posiluje, hraje online hry s kamarády nebo se jede někam projet autem. V úterý a čtvrtek chodí na brigádu. Po večerech se věnuje škole. Spát chodí po 23:00 hod. O víkendu pomáhá rodičům na zahradě, dělá práce okolo domu.

Covid-19 prodělal s lehkým průběhem. Naočkovat se nechá, aby *„měl klid ze strany restrikcí.“*

Rozhovor s mužem B3 byl nejkratší. Student byl věcný a stručný. Z rozhovoru vyplynula následující klíčová témata: omezení sociálního kontaktu, využití času, budoucnost jako stresový faktor, distanční výuka a režim dne.

Muž B4

Tento osmnáctiletý muž bydlí spolu s rodiči v malé obci (asi 444 obyvatel). Je nejmladší ze čtyř sourozenců, kteří jsou již dospělí a odstěhovali se. Pravidelně se spolu vídají o víkendech. Má samostatný pokoj. Je bez náboženského vyznání.

Pandemie COVID-19 a zavedená restriktivní opatření mu přinesla jako nejvýraznější změnu sociální izolaci a poznání sebe sama. Nemusí každý den dojíždět do školy. Užívá si samoty, jako introvert je docela spokojený. Občas mu kontakt chybí, ale komunikuje v online prostředí. *„Více jsem se našel, začal jsem chápat sám sebe.“* Online prostředí je pro něj konformnější. *„Lépe se mi seznamuje s novými lidmi, můžu kdykoliv utéct, odpojit se. Přitom jsem v pokoji, v prostředí, které znám, necítím se ohrožený.“* Virtuálním

kontaktem s kamarády tráví denně pět až šest hodin, hrají spolu online hry, diskutují, sledují filmy. Nejčastěji je na Discordu, Messengeru a Instagramu. Denně sleduje informace ze světa i z domova na portálu Noviny.cz, Instagram Dominik Ferry a Herdin. U počítače si odpočine. Také poslouchá audioknihy. Každý den chodí na brigádu, pracuje se dřevem.

Vztahy v rodině jsou podobné jako před pandemií, s rodiči však tráví více času, poněvadž pracují z domu. „*Možná je to o něco lepší!*“ Pravidelně obědvá s otcem, večeří s oběma rodiči. „*Víc pomáhám doma, hodně se zapojuju do chodu domácnosti.*“

V této době je pro něj největším stresem škola stejně jako tomu bylo i při prezenční výuce. Obává se písemek z některých předmětů, a také toho, že si není 100 % jistý, že všechno umí. Přibyl k tomu strach, že zaspí na hodinu. Při distanční výuce je pro něj největším problémem motivace dávat pozor při výkladu a donutit se k učení. Předměty jako matematika, chemie a fyzika jsou velmi náročné na pochopení z online výkladu. „*Sice si můžu u některých předmětů opakovaně pustit záznam z hodiny, ale pokud nemám zpětnou vazbu, kde dělám chybu, učivo nemám šanci pochopit.*“ Chtěl by jít studovat medicínu, ale obává se, že bude mít mezery ve vzdělání, které už nikdy nedožene.

Denní režim přizpůsobil pandemické situaci a jejím opatřením. Vstává na budík mezi 7:40 hod. až 7:50 hod., převleče se, zapne si počítač a během první vyučovací hodiny se nasnídá. V pauze na oběd se naobědvá s otcem, zahraje si rychlou online hru s kamarády a čte si. Výjimečně jednou až dvakrát za měsíc po obědě spí. Po skončení online výuky doma uklízí, dívá se na seriál nebo si zahraje online hru. Od 15:30 hod. do 18:30 hod. pracuje se dřevem. Po návratu domů se společně s rodiči navečeří, popovídají si. Poté je na Discordu, u toho dělá věci do školy. Spát chodí před půlnocí. O víkendu vstává až v 11:00 hod., jde na brigádu, pracuje venku a jedenkrát za čtrnáct dní jezdí za přítelkyní do Prahy.

COVID-19 sice prodělal s lehkými příznaky, přesto se chce nechat naočkovat. „*Chci normálně cestovat, mít všude volný pohyb, chci chránit sebe a nenakazit příbuzné.*“

V rozhovoru se objevila následující klíčová témata: změny související s protiepidemickými opatřeními, introvert, poznání sebe sama, sociální sítě, režim dne, škola.

Muž B5

Muž B5 je osmnáctiletý student, který žije spolu s rodiči v rodinném domě (necelých 23 000 obyvatel). Starší sestra studuje vysokou školu, bydlí na kolejích, domů jezdí jednou za měsíc. Má samostatný pokoj. Je bez náboženského vyznání.

Pandemie COVID-19 a s tím spojená restriktivní opatření, zejm. sociální izolace měla dopad na poznání sebe samotného. Je introvert. „*Utvrdil jsem se v tom, že jsem trochu víc asociál, jsem doma spokojenej a nemám potřebu jít ven a být v pravidelném fyzickém kontaktu.*“ Přesto mu vadilo omezení sociálních kontaktů a nejvíce zákaz pohybu mezi okresy. Nesměl jet za přáteli tak, jak byl zvyklý. Má rád svobodnou volbu rozhodnutí, jak využije volný čas, a najednou byl nucen respektovat nařízení. Jedenkrát týdně jezdil na nákup a jedenkrát za čtrnáct dní jezdil za přáteli, vyjma tří měsíců zákazu přejíždění mezi okresy. S kamarády zůstal v kontaktu přes Discord a Team speak. Na sociálních sítích tráví denně osm hodin, z toho polovinu zabírá distanční výuka. Už dříve se setkávali na sociálních sítích, ale ne tak často. „*Nepotřebujeme se vidět, sdílíme spolu filmy, hrajeme hry (např. i tichou poštu), povídáme si, děláme úkoly do školy.*“ Přestal chodit do posilovny, protože je škola zavřená.

Rodinné vztahy zůstaly stejné jako v době před pandemií. Je doma sám, oba rodiče pracují mimo domov a sestra jezdí domů jedenkrát za měsíc na víkend.

Nejvíce jej stresují písemky ve škole, autoškola a pocit, že je málo aktivní. Tento pocit se umocňuje s blížícím se návratem do školy. Režim dne si upravil podle distanční výuky, je přesvědčený, že je k sobě přísný, přesto si připadá neproduktivní. Distanční výuka mu vyhovuje, protože samostudium má raději. Část předmětů výrazně upozadil. „*Nepředá mi to tolik informací a stejně bych je zapomněl.*“ Sám si vyhledává a zpracovává informace, které se mu hodí pro budoucí povolání, a učí se je. Problém má s předměty jako matematika, chemie a fyzika, které potřebuje opakovaně názorně vysvětlit a procvičit, aby je pochopil a naučil se je. To se neděje, poněvadž učitelé vysvětlí učební látku jednou a zrychleně za 30 minut nebo odkážou studenty na samostudium a následující hodinu už se píše test. Přestože má celá třída velmi špatný průměr známek, učitelé se nechtějí zdržovat, více se k tématu nevracejí a pokračují v učení navazující látky. Neexistuje zpětná vazba. Do školy nespěchá a nechce, aby se vše ve škole vrátilo do normálního stavu. Není připravený. „*Bude to masakr, všichni jsou nadřzení nám dát testy, a přitom nikoho z nich nezajímá, co nás ve skutečnosti naučili a že nejsme stroje.*“

Vstává na budík v 7:00 hod., do 8:00 hod. se snaží probrat. Udělá ranní rutinu, převleče se a zapne počítač. Během online výuky sedí u psacího stolu a sleduje výuku. Snídá v průběhu první vyučovací hodiny. Při hodinách je aktivní, na vyvolání reaguje. Současně je připojený s některými spolužáky na Discordu, probírají některá témata a vzájemně si pomáhají. Obědvá jídlo připravené rodiči. Po obědě nespí, je na Discordu. Pětkrát týdně odpoledne cvičí. Věnuje se i dalším oblíbeným činnostem: sleduje grafy na burze, odborná videa z ekonomiky, učí se ruštinu. Mezi 18:00 až 20:00 hod. pravidelně večeří s rodiči. Večer má neorganizovaný, dodělává si věci do školy, je s kamarády na Discordu, zabývá se věcmi, které ho baví. Spát chodí po 23:00 hod.

Onemocnění COVID-19 prodělal s lehkým průběhem, nezná nikoho, kdo by měl zdravotní následky nebo zemřel. „*Očkování je jedinou správnou možností, jak zamezit šíření nemoci a mít v případě nákazy lehčí průběh. Chci mít možnost volného pohybu bez omezení.*“

Z rozhovoru vyplynula tato klíčová témata: introvert, změny související s protiepidemickými opatřeními, stresori, režim dne a postoj k nemoci.

7.2 Tematické trsy a interpretace výsledků

Přestože byl každý rozhovor jiný, z analýzy jednotlivých rozhovorů vyvstala klíčová témata, na jejichž základě bylo identifikováno 5 tematických trsů, které byly v rozhovorech nejčastěji zastoupené: **Změny v důsledku pandemie COVI-19 a restriktivních opatření** (viz Tabulka 1), **Denní režim**, **Stresory**, **Zdroje pomoci**, **Dopad na duševní zdraví**. Každý tematický trs obsahuje několik dalších témat, o nichž respondenti hovořili. Některá témata se vyskytovala opakovaně. V interpretaci výsledků jsou prezentovány výroky, které byly vyhodnoceny jako důležité.

Pro větší přehlednost byly vytvořeny tabulky. Každá tabulka nese název trsu, obsahuje označení jednotlivých respondentů (ženy oranžovou barvou A1 až A5, muži modrou B1 až B5) a názvy témat. Křížek „X“, označující téma a respondenta, znamená, že respondent o dané tematice hovořil. Pomlčka „-“, označující téma a respondenta, značí, že se o tématu nevyjádřil. U každé tabulky je uvedena interpretace.

7.2.1 Změny v důsledku pandemie COVID-19 a restriktivních opatření

Tabulka 1: Změny v důsledku pandemie COVID-19 a restriktivních opatření

Změny v důsledku COVID-19	A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5
distanční výuka	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
omezení sociálních kontaktů	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X
omezení sportovních aktivit, pohybu	-	X	X	-	-	X	-	-	-	X
omezení jiných zájmových kroužků	-	X	-	X	X	X	-	-	-	-
rodinné vztahy	X	-	X	X	X	X	X	-	X	-
denní režim	X	-	-	X	-	X	X	-	-	X
zdraví	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X

Zdroj: vlastní zpracování

Nejvýraznější změnou pro respondenty bylo zavedení **distanční výuky** (viz Tabulka 2), jejímž prostřednictvím došlo k výraznému omezení sociálních kontaktů, které podpořilo i vládní opatření omezení volného pohybu a zrušení zájmových kroužků. Distanční výuka ovlivnila rutinu studijního a osobního života, některým rodinné vztahy i duševní zdraví. Všechny tyto proměnné se vzájemně ovlivňují, přestože o nich respondenti hovořili jako o jedné oblasti, kde došlo ke změně.

Sedm z deseti respondentů považuje za hlavní přínos distanční výuky flexibilitu, jež jim umožnila více se věnovat vyučovacím předmětům, důležitým pro jejich budoucí povolání, bez ohledu na to, který předmět se v danou chvíli vyučuje. „Dala mi velkou flexibilitu, jelikož jsem si mohla dělat věci do předmětů, které mě hodně zajímají a kterým se hodlám věnovat.“ To souvisí s faktem, že neexistovala reálná kontrola produktivity při vyučovacích hodinách, tzn. že nikdo nemohl ověřit – vidět, co v danou chvíli student skutečně dělá. Většinou probíhá online výuka bez zapnutých kamer. Toto vnímali pozitivně dva z deseti respondentů, kteří předpokládají, že nemusí být 100 % připraveni do všech vyučovacích předmětů. Pouze jeden respondent vnímal kontrolu jako nedostatečnou, vedoucí k nízké motivaci k učení. „Motivovalo by mě to, abych se více učil a nemusel bych tolik toho dohánět.“

Domáci pohodlí (možnost rozložit si tužky po celém stole, svačit při výuce, zahrát si o přestávce na klavír) definovali jako výhodu dva respondenti, přestože ostatní přitom popisovali při výkladu denní rutiny, jak snídali během prvních dvou vyučovacích hodin, někteří polehávali při výuce, komunikovali zároveň na jiném komunikačním kanále apod. „*Mám velký stůl, kde si rozložím tužky a pastelky, naliju si pití, dojdu si na WC, kdy chci.*“

Třem respondentům, kteří sami sebe vnímají jako introverta, distanční výuka vyhovovala, zároveň jim vadilo omezení sociálních kontaktů. „*Utvrdil jsem se v tom, že jsem trochu víc asociál, jsem doma spokojenej a nemám potřebu jít ven a být v pravidelném fyzickém kontaktu.*“

Jako další klad distanční výuky uváděli čtyři dojíždějící respondenti právě ve zrušení dojíždění, které je spojeno s brzkým ranním vstáváním. Mezi další pozitiva distanční výuky řadili časově kratší přípravu na výuku, stmelení kolektivu třídy, kdy si vzájemně pomáhali při testech, samostudium a možnost opakovaně si pustit záznam z výuky. Polovina respondentů uvedla jako negativum distanční výuky větší obtížnost testů, čtyři z deseti sdělili, že učitelé záměrně krátili čas, určený na testy a výklad učiva nebyl dostatečný, zejm. v předmětu matematiky, fyziky a chemie. „*Online testy byly jednoznačně těžší, než kdybychom je psali ve škole. Učitelé zkrátily čas na minimum a náročností byly na úrovni vysoké školy. Psala jsem to spolu se sestrou, měly jsme to co stihnout, je to její obor na VŠ a stejně jsem dostala trojku.*“

Učitelé tak chtěli předejít opisování, což stejně vedlo k podvádění a vzájemné kooperaci studentů. „*Nebylo to od učitelů spravedlivé, tak jsem začala podvádět! Je mi to nepříjemné, ale jinak bych měla podstatně horší známky než v době normální výuky.*“

Polovině respondentů scházel při distanční výuce osobní kontakt s učitelem i ostatními spolužáky a vzájemná interakce. „*Chybí mi ty debaty ve škole se spolužáky, s učiteli.*“

Čtyřem z deseti chyběla zpětná vazba od učitelů. „*Sice si můžu u některých předmětů opakovaně pustit záznam z hodiny, ale pokud nemám zpětnou vazbu, v čem dělám chybu, učivo nemám šanci pochopit.*“

Třem respondentům bylo nepříjemné hovořit do černé obrazovky počítače, když nikoho neviděli a nevěděli, kdo je poslouchá. Někoho zlobila selhávající technika (vypadávalo připojení), jiný nerozuměl pravidlům distanční výuky, nevěděl, co má dělat, co se od něj čeká. „*Když se chodí do školy, vše má svůj řád, musí se vstávat, na určitou dobu tam být, učit se a plnit úkoly. Taky vím, co se ode mě přesně chce.*“

Tabulka 2: Distanční výuka

Distanční výuka pozitiva +/ negativa -	A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5
flexibilita + (věnuje se více jinému předmětu)	X	-	X	-	X	X	-	X	X	X
pohodlí + (konzumace jídla, velký prostor, apod.)	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-
nemusí dojíždět +	-	-	-	X	X	X	X	-	-	-
časově kratší příprava	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-
stmelení kolektivu +	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
samostudium	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X
může si opakovaně pustit záznam	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
není kontrola +/-	-	-	-	-	X+	X+	-	X-	-	-
odpadl styk s lidmi, „co mě vysíraj“ -	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-
chybí motivace -	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
nedostatečný výklad -	X	-	-	-	-	X	-	-	X	X
- větší obtížnost testů -	X	X	-	X	X	X	-	-	-	-
kratší čas na testy -	X	X	-	X	X	-	-	-	-	-
chybí osobní kontakt a interakce -	-	-	X	X	X	X	-	-	X	-
není zpětná vazba -	-	-	-	X	-	X	-	-	X	X
nepříjemné hovořit do přístroje -	-	-	-	-	X	X	X	-	-	-
selhávající technika -	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
nemá režim, výuka nemá jasná pravidla	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-

Zdroj: vlastní zpracování

S distanční výukou koresponduje **omezení sociálních kontaktů** respondentů. To bylo podpořeno vládním opatřením omezení volného pohybu, zrušením zájmových kroužků,

kulturních, vzdělávacích a sportovních akcí a uzavřením restaurací, klubů, kaváren a dalších institucí, kde všude se mohou nejen adolescenti setkávat. Všichni respondenti jsou toho názoru, že se jedná o protiepidemické opatření, jež jim nejvíce zasáhlo do života a způsobilo změny. Dva respondenti vnímali, že tím přišli o svobodnou volbu rozhodnutí, která jim nebyla dána. „*Jsem ráda mezi lidmi a tuto volbu jsem neměla.*“ Dvěma probandům vadilo zrušení kulturních, sportovních akcí, uzavření kaváren a omezené cestování z důvodů ztráty zážitků a možnosti stýkat se s přáteli. „*Byla jsem zvyklá být hodně venku, mít dva až tři kroužky denně, a najednou nikam nejezdím, ani do kaváren, jsem doma.*“ Všichni probandi se stýkali v omezenějším počtu se svými přáteli dál. Chodili spolu na procházky, brigádu, dobrovolnickou činnost nebo se setkávali na chatě rodičů. Výjimkou se stalo období, kdy bylo zakázáno přejíždět mezi okresy. „*Když byl třítýdenní lock-down, vůbec jsme se neviděli, bylo to hrozný!*“ Osobní kontakt suplovaly sociální sítě, kde probandi trávili vyjma distanční výuky několik dalších hodin. Nejvíce si chatovali přes Messenger, Instagram a Teams, telefonovali a posílali hlasové zprávy. Hráli spolu online hry, diskutovali, vysvětlovali si učivo, sledovali a komentovali filmy přes komunikační platformu Discord. „*Nepotřebujeme se vidět, sdílíme spolu filmy, hrajeme hry (např. i tichou poštu), povídáme si, děláme úkoly do školy.*“ Některým respondentům virtuální prostředí vyhovuje více než fyzický kontakt. Cítí se bezpečněji, poněvadž jsou v domácím prostředí a mohou se kdykoliv odpojit, pokud se cítí nekomfortně. „*Lépe se mi seznamuje s novými lidmi, můžu kdykoliv utéct, odpojit se. Přitom jsem v pokoji, v prostředí, které znám, necítím se ohrožený.*“

Omezení sportovních aktivit, pohybu a jiných zájmových kroužků negativně pocítovali čtyři respondenti, kteří navštěvovali před pandemií zájmové kroužky. Některé zájmové činnosti byly zrušeny (např. sborový zpěv), jiné byly převedeny do online prostředí (např. tanec). Respondentům chyběl fyzický kontakt s vrstevníky, lektory, učiteli, vzájemná interakce a zpětná vazba. „*Chybí mi tým, i trenér, protože mě nemůže opravit jak při normálním tréninku. Nemám zpětnou vazbu.*“

Adolescenti obvykle tráví své volnočasové aktivity mimo rodinu a mají je spojené s kamarádskými vztahy. U dvou respondentů vznikla za pandemické situace obava, že zrušením zájmových kroužků ztratí přátelské vztahy. Jejich obava se nepotvrdila. Devět respondentů zařadilo v době restriktivních opatření do svých volnočasových činností pohybové aktivity, a to nejčastěji běh, posilování, procházky a jógu. Dívky sledovaly cvičení na YouTube.

Rodinné vztahy (viz Tabulka 3) si za pandemické situace prošly určitým vývojem. V rodinných vztazích došlo ke změně u sedmi respondentů. Rodinné vztahy zahrnují vztahy respondentů s rodiči, se sourozenci a s prarodiči. Šest probandů se shodlo, že na začátku pandemie na jaře 2020 bylo soužití s rodiči náročné. *„Bylo to náročné, protože u nás je všechno slyšet.“* Nebyli zvyklí trávit tolik času s rodiči, zpočátku docházelo k hádkám, než si na sebe zvykli a vzájemně se zkoordinovali. *„Byl to nezvyk, že s námi rodiče ve všední dny obědvali.“* Někteří měli pocit větší kontroly ze strany rodičů. *„Máma se neumí sama zabavit, má ke všemu připomínky, furt mi leze do pokoje.“* Polovina respondentů konstatuje, že se vztahy s rodiči postupně upevnily a navzájem se sblížili. *„Trochu jsme si zpočátku lezli na nervy, ale zvykli jsme si. Více jsme se poznali a vztahy mezi námi se zlepšily.“* Jeden respondent vnímá zhoršení vztahů s rodiči, kteří měli mezi sebou problémy ještě před pandemií. *„Rodiče mají mezi sebou neshody, neměli by být spolu, ale jsou, a já to odprádávám.“*

Všichni respondenti mají sourozence, z čehož sedm z nich zůstalo v době distanční výuky doma s mladším nebo starším sourozencem. Trávili spolu více času, většinou spolu obědvali. Pokud měli respondenti mladší sourozence, pomáhali jim s úkoly, s testy, kontrolovali jejich online připojení, přípravu do školy, sdíleli spolu i některé volnočasové aktivity. *„Trávíme spolu více času, obědváme spolu, někdy mu pomáhám s úkoly nebo testy.“* Tři z těchto respondentů hodnotí vztahy se sourozenci za lepší. *„V průběhu druhé vlny se vztahy zlepšily, hlavně s mým bratrem jsme měli čas se více sblížit a trávit spolu více času, za což jsem vděčná.“* Naopak starší sourozenci pomáhali hlavně s testy mladším respondentům. *„Psala jsem to spolu se sestrou, měly jsme to co stihnout, je to její obor na VŠ, a stejně jsem dostala trojku.“* Pokud respondent sdílel se sourozencem pokoj nebo rodina bydlela v bytě na malém prostoru, byl rád za chvíli soukromí. *„Každý z nás si po výuce rád pustí svůj oblíbený seriál v jiné místnosti, aby měl trochu soukromí.“*

Polovina probandů se vyjádřila ke kontaktu s prarodiči. Respondenti, kteří bydleli ve stejném domě nebo přes zahradu s prarodiči, docházeli k prarodičům občas na oběd. Jeden proband sdělil, že musel spravedlivě střídat obědy u prarodičů ze strany matky i otce, aby vztahy zůstaly vyvážené. *„Je to náročnější na vyvážení vztahů, aby si jeden nepřišel méněcennější než druhý, proto střídáme obědy u prarodičů.“* Dva respondenti uvedli, že se s prarodiči nestýkali vůbec, protože se báli, aby se nenakazili. *„Je mi to líto, ale oni byli vždycky takoví.“* Jeden proband hovořil o omezení návštěv u prarodičů.

Tabulka 3: Rodinné vzťahy

Zmena v rodinných vzťahoch	A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5
sblíženie ve vzťahu s rodičmi	X	-	X	-	-	X	-	-	X	X
zhoršenie vzťahu s rodičmi	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-
beze zmeny s rodičmi	-	-	-	-	X	-	-	X	-	-
náročnejšie na vyváženú vzťah s prarodičmi	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-
žiadny kontakt s prarodičmi	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
omezienie kontaktu s prarodičmi	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-
obedové návštevy u prarodičov	-	X	-	X	X	-	-	-	-	-
sblíženie se sourozencem	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-

Zdroj: vlastní zpracování

Zavedení protiepidemických opatření (zejm. distanční výuky, omezení volného pohybu, zájmových kroužků) ovlivnilo všem respondentům dosavadní **denní režim**, na který byli zvyklí (viz Tabulka 4). Přestali chodit do školy, zůstali doma, několik hodin seděli u počítače a sledovali online výuku, omezily se jim určité aktivity, pohyb venku a sociální kontakt. Více než polovina probandů přizpůsobila denní rutinu aktuální situaci, našli si náhradní aktivity, které jim vyhovují. Z původních pěti respondentů, kteří měli rozhozený režim dne, se dosud nepodařilo třem vyrovnat se se ztrátou původního režimu, najít si náhradní činnosti a přizpůsobit je svým potřebám. „Byla jsem neproduktivní jak v osobní rovině, tak ve škole, nezvládala jsem si zorganizovat čas. Úplně jsem zapomněla, jak se učit. Bylo těžké se soustředit, psát si zápisky.“ Někteří z nich trpí poruchy spánku, přes den se cítí unavení a vyčerpaní, jiní jsou demotivovaní, dny jsou pro ně dlouhé, čas promrhaný, mají problémy s plánováním aktivit a organizací svého času. „V noci nemůžu usnout, proto si dávám po škole šlofka.“

Denní režim respondentů je podrobně popsán v kapitole 7.2.2 Rutina studijního a osobního života. Duševní potíže, které se projevíly u respondentů, jsou obsahem kapitoly 7.2.5 Duševní zdraví.

Tabulka 4: Denní režim

Denní režim	A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5
přízpůsobení rutiny	-	X	X	-	X	X	-	X	X	X
rozhozený denní režim	X	-	-	X	X	X	X	-	-	-

Zdroj: vlastní zpracování

Poslední změnou související s pandemií COVID-19 a následnými restriktivními opatřeními, o které respondenti hovořili, je oblast **zdraví** (viz Tabulka 5). Čtyři probandi se potýkají s potížemi v oblasti duševního zdraví. Onemocnění COVID-19 prodělalo šest respondentů. Všichni měli lehký průběh nemoci. Pro očkování se rozhodlo osm respondentů. Jako nejčastější důvod uváděli možnost volného pohybu do míst, kde je vyžadován certifikát o očkování, snahu chránit zdraví nejbližších a svoje zdraví. Tři probandi vnímají očkování jako „jediné možné řešení, východisko, jedinou cestu, jak vrátit vše do normálu, jak zamezit šíření nemoci a v případě nákazy mít lehčí průběh.“

Tabulka 5: Zdraví

Zdraví	A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5
dopad na duševní zdraví	X	-	-	X	X	-	X	-	-	-
prodělal/a COVID-19	X	-	-	-	X	-	X	X	X	X
očkování	X	X	-	X	X	X	-	X	X	X
Důvod očkování	A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5
chránit sebe	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-
chránit zdraví nejbližších	X	-	-	X	X	-	-	-	X	-
možnost volného pohybu bez omezení	X	X	-	-	-	-	-	X	X	X
jediné řešení	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X

Zdroj: vlastní zpracování

7.2.2 Rutina studijního a osobního života

Pro zdravé fungování člověka je důležitý pravidelný režim. Zavedením distanční výuky, zrušením zájmových kroužků a dalšími omezeními se tato denní rutina narušila a lidé nevěděli, jak naložit s časem. Jak již bylo uvedeno v kapitole 7.2.1, u všech respondentů

došlo ke změně denního režimu. Více než polovina probandů přizpůsobila denní rutinu aktuální situaci a svým potřebám, třem respondentům se to nepodařilo. Na někoho působilo narušení denního režimu jako významný stresový faktor.

Všichni respondenti vstávají mezi 7:00 a 8:00 hod. a nachystají se na online výuku. Dva probandi snídají ještě před výukou, ostatní až v průběhu prvních dvou vyučovacích hodin. Kromě distanční výuky se během dne věnují přípravě do školy, a to buď během online výuky, o polední pauze nebo ve večerních hodinách. Přestože došlo k výraznému omezení sociálních kontaktů, všichni probandi se osobně stýkají se svými partnery/partnerkami nebo s přáteli. Většinou spolu chodí na procházky. Omezení osobního kontaktu supluje virtuální kontakt. Všichni respondenti tráví na sociálních sítích (Messenger, Instagram, Discord, Face Time, Teams, YouTube) několik hodin denně. Chatují si spolu, telefonují, diskutují, pomáhají si s učením, poslouchají hudbu, sledují společně filmy či seriály (HBO, Netflix), hrají online hry apod. Všichni také sledují události ohledně COVID-19 z domova i ze zahraničí na ČT1, ČT24, Seznam zprávy, Instagramu (Dominik Ferry, Do kontextu, Politika pro mladé), Facebooku, Twitteru, Herdin, investigativní a publicistické pořady. Většina respondentů zařadila do svého dne pohybové aktivity (posilování, běh, cvičení, procházky, jízda na koloběžce, jóga, meditace), které slouží zároveň jako zdroj relaxace. Z dalších volnočasových aktivit sedm respondentů rádo vaří, čtou knihy a časopisy, poslouchají oblíbenou hudbu a audioknihy, píšou si „do šuplíku“, hrají na klavír a společenské stolní hry se svými nejbližšími. Polovině respondentů byly převedeny zájmové kroužky do online prostředí. Probandi, kteří mají mladší sourozence, dohlíží na jejich přípravu do školy, pomáhají jim s úkoly a testy, obědvají spolu, hrají společenské hry nebo jdou na procházku. Devět respondentů tráví více času se svou rodinou, hrají společenské hry, diskutují spolu o aktuálních událostech, sdílí, jaký měli den apod. Více než polovina probandů se zapojuje do péče o domácnost. Uklízí, zajišťuje nákupy, pomáhá s pracemi okolo domu a na zahradě. Polovina respondentů si dělá autoškolu, chodí na brigádu nebo se věnuje dobrovolnické činnosti a nakupuje seniorům. Respondenti, kterým se nepodařilo srovnat si denní režim, mají problémy se spánkem, chodí spát po půlnoci, nemohou usnout, den vnímají jako „dlouhý“, jsou unavení, spí během dne. Ostatní chodí spát do půlnoci. Viz Tabulka 6.

Tabulka 6: Rutina studijního a osobního života

Denní rutina aktivity	A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5
distanční výuka	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
příprava do školy	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
sociální kontakt s partnerem/partnerkou, přáteli	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
sociální síť	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
sledování událostí ohledně COVID-19	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
sledování filmů a seriálů HBO, Netflix	X	X	-	X	X	X	-	X	X	X
pohybové aktivity (posilování, cvičení, běh, procházky, jízda na koloběžce, jóga, meditace)	X	X	X	X	X	X	-	X	-	X
jiné volnočasové aktivity (četba, psaní, vaření, poslech hudby, audioknih, hra na klavír, stolní společenské hry atd.)	-	X	X	X	X	X	-	X	-	X
sdílení času s rodinou	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X
péče a pomoc o sourozence	X		X	-	X	X	-	X	-	-
zájmové kroužky online	-	X	X	X	X	X	-	-	-	-
spánek po obědě	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-
péče o domácí zvířata, venčení	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-
jízda autem	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-
pomoc v domácnosti (nákup, úklid, zahrada)	X	-	-	-	X	-	X	X	X	X
autoškola	X	X	X	-	X	-	-	-	-	X
brigáda	-	-	-	-	-	X	-	X	X	-
dobrovolnická činnost	-	-	-	X	X	-	-	-	-	-

Zdroj: vlastní zpracování

7.2.3 Stresory

Změna režimu dne související s lock-downem působila jako stresový faktor u všech respondentů. Záleželo na tom, jak rychle se stihli přizpůsobit a svou rutinu upravit. U probandů, kterým se to nepodařilo, zůstala stresorem a ovlivňovala jejich pocit duševní

pohody. Polovinu respondentů stresuje pocit nízké produktivity zejm. v učení a promarněnosti času, hlavně na začátku pandemie na jaře 2020. *„Hodně času jsem strávil mrháním času, což mě stresuje až teď, kolik věcí jsem mohl udělat ... Nyní mám pocit, že nestíhám, a to jsem stále ještě doma, protože je distanční výuka.“* Tento pocit se dle některých umocňuje blížícím se návratem do školy. Stejně množství probandů vnímalo jako stresor omezení sociálního kontaktu. Pro dvě respondentky bylo stresující omezení/zrušení zájmových kroužků. *„Byla jsem zvyklá být hodně venku, mít dva až tři kroužky denně, a najednou nikam nejezdím, ani do kaváren, jsem doma.“* Významným stresovým faktorem se stala pro sedm respondentů škola. Stresují je náročné testy, které neodpovídají odučenému učivu, učitelé jim zkrátily čas na jejich vyplnění, někteří se obávají zhoršeného prospěchu, mezer ve vzdělání, jiní návratu do školy na základě zkušeností z roku 2020. *„Denně jsme psali pět testů, než se stanovil limit tři testy za den. Vadila mi neschopnost některých učitelů učit, komunikovat s námi a jednat s námi jako s dospělými. Někteří učitelé dělali i podrazy.“* *„Bude to masakr, všichni jsou nadrženi nám dát testy a přitom nikoho z nich nezajímá, co nás ve skutečnosti naučili a že nejsme stroje.“* Intenzivní soužití s rodinou, na které nebyli na začátku pandemie zvyklí, hodnotilo šest probandů zpočátku jako stresující. Jeden respondent uvádí stále jako největší stresor právě rodiče a sociální izolaci, přičemž poukazuje na to, jak je komunikace na sociálních sítích zavádějící. *„Rodiče mají mezi sebou neshody, neměli by být spolu, ale jsou, a já to odprávám.“* *„Člověk je po většinu dne zavřený doma, komunikuje jen přes sociální sítě. Když reaguji na zprávu a odpovím smajlíkem, přičemž to myslím nějak, zjišťuju, že dochází k nedorozumění, protože si to druhá strana vyloží úplně jinak.“* Tři probandy stresuje hovořit při online výuce do tmavé obrazovky počítače (PC), když nevidí, kdo je sleduje, a neví, kdo poslouchá. Jednu respondentku stresoval strach o osobu blízkou, jiného autoškola a dalšího nejistá budoucnost. *„Nevím ještě, co budu dělat, kam budu směřovat? V této zvláštní době je to pro mě neuchopitelné.“* Jednu respondentku ohrožuje obava z cestování a většího počtu lidí. *„Stáhne se mi žaludek, sevře hrdlo, není mi dobře, nemůžu dýchat, což mě ještě víc rozhodí. Cítím se nejistě, je to hodně divný a nepříjemný pocit.“*

Dva probandi uvedli jako stresor informace v médiích, hlavně na začátku pandemie, které v nich vyvolaly obavy. Viz Tabulka 7.

Tabulka 7: Stresory

Výčet stresorů	A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5
neproduktivnost, pocit promarněnosti dne	X	-	-	X	X	X	-	-	-	X
narušený režim dne	X	-	-	X	-	-	X	-	-	-
omezení sociálního kontaktu (sociální izolace)	X	X	-	X	X	-	-	-	-	X
omezení/zrušení zájmových aktivit	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-
škola	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X
strach o osobu blízkou	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
skloubení školy s péčí o mladšího sourozence	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
rodiče	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-
soužití s rodinou	X	X	X	-	-	X	X	-	-	-
zavádějící komunikace přes sociální sítě	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-
autoškola	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X
budoucnost	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-
cestování a větší počet lidí	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-
informace z médií	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-
hovořit do tmavé obrazovky PC	-	-	-	-	X	X	X	-	-	-

Zdroj: vlastní zpracování

7.2.4 Zdroje pomoci (copingové strategie)

Mezi nejčastěji uváděné zdroje pomoci patří podpora přátel a rodiny. Někomu pomáhala víra v Boha, pěkné počasí, „když svítí sluníčko“, dobré jídlo, odpočinek, z relaxačních technik jóga a meditace. Za další zdroje zmiňované respondenty lze pokládat jejich pohybové (posilování, cvičení, běh, procházky, jízda na koloběžce) a volnočasové (virtuální kontakt na sociálních sítích, četba, psaní, vaření, poslech hudby, audioknih, hra na klavír,

stolní společenské hry, sledování filmů a seriálů atd.) aktivity. Pravidelný denní režim a plánování usnadňují zvládnání stresových situací, proto je lze zařadit mezi základ pomoci. Pokud si respondenti přizpůsobili denní rutinu aktuální situaci, neuváděli pravidelný denní režim a plánování jako zdroje pomoci. Maladaptivní způsob pomoci ve formě nikotinu a kouření marihuany přiznal jeden proband. Viz Tabulka 8.

Tabulka 8: Zdroje pomoci (copingové strategie)

Zdroje pomoci	A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5
rodina	X	-	-	X	X	X	-	-	-	-
přátelé	X	-	X	X	X	X	X	X	-	-
hezké počasí	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-
jóga, meditace	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-
dobré jídlo	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-
pohybové aktivity	X	X	X	-	X	X	-	X	-	X
víra v Boha			-	X	X	-	-	-	-	-
hra na klavír	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-
zájmová činnost (psaní, četba, vaření, apod.)	-	-	X	-	-	X	X	X	-	-
odpočinek	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-
upravený režim dne/plánování	X	-	-	-	-	X	-	X	-	-
nikotin	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-
marihuana	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-

Zdroj: vlastní zpracování

7.2.5 Dopad na duševní zdraví

Respondenti popisovali potíže, které se u nich objevily až v době pandemie COVID-19 a následného lock-downu. Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, denní režim měli zpočátku rozhozený všichni respondenti, třem z nich se nepodařilo režim přizpůsobit a stabilizovat. „Mám hrozný problém se vstáváním, s jídlem, s celkovým režimem dne.“ Úzkostné stavy trápí tři probandy, z čehož u jednoho z nich jsou úzkosti vázané na cestování a větší počet lidí. „Stáhne se mi žaludek, sevře hrdlo, není mi dobře, nemůžu dýchat, což mě ještě víc rozhodí. Depresivní stavy prožívají dva respondenti. „Bylo to těžké. V určitých obdobích mi nešlo plánovat vůbec, neměla jsem událost, na kterou bych se těšila, neměla jsem motivaci.“ „Cítím se nejistě, je to hodně divný a nepříjemný pocit. Byly dny, kdy jsem se nepřipojil, nechtěl jsem, bylo mi na nic.“ Potíže se spánkem udávají

tři respondenti. „*V noci nemůžu usnout, proto si dávám po škole šlofika. “Dřív se mi spát nechce, někdy to ani nejde.” Viz Tabulka 9.*

Tabulka 9: Dopad na duševní zdraví

Dopad na duševní zdraví	A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5
narušený režim dne	X	-	-	X	-	-	X	-	-	-
demotivace	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
úzkosti	X	-	-	-	X	-	X	-	-	-
depresivní nálada	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-
sociální fobie	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-
problémy se spánkem	X	-	-	X	-	-	X	-	-	-
problémy s jídlem	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-

Zdroj: vlastní zpracování

7.3 Odpověď na výzkumné otázky

Tato kapitola je věnována odpovědím na výzkumné otázky.

Otázka č. 1: Jaký dopad měla pandemie COVID-19 a s tím spojená restriktivní opatření na život adolescentů, jak toto období prožívají?

Autorku zajímaly změny v životě adolescentů, které s sebou pandemie přinesla. Zda měla protiepidemická opatření vliv na jejich duševní zdraví? Zda a jakým způsobem tyto změny zasáhly jejich mezilidské vztahy? Zda a jakým způsobem ovlivnila pandemie COVID-19 jejich postoj ke zdraví?

Pandemie COVID-19 a s ní spojená restriktivní opatření přinesla do života adolescentů několik změn: **zavedení distanční výuky, omezení sociálních kontaktů, omezení pohybu, sportovních aktivit a jiných zájmových kroužků.** Vývojem si prošly **rodinné vztahy, rutina studijního a osobního života** a oblast **zdraví.** V kapitole 7.2 je prezentováno pět tematických trsů včetně dalších témat, o nichž respondenti hovořili, která jsou doplněna citacemi jednotlivých probandů, podrobnou interpretací výsledků a přehlednými tabulkami.

Všechny tyto zmíněné oblasti změny se vzájemně ovlivňují. Sami respondenti jsou toho názoru, že **omezení sociálních kontaktů** je protiepidemické opatření, které jim nejvíce

zasáhlo do života, vnímali jej většinou negativně. Některým introvertně zaměřeným jedincům tento stav více vyhovoval. Omezení sociálních kontaktů spolu se zavedením distanční výuky způsobilo, že respondenti zůstali ze dne na den doma se sourozenci a ve většině případů i s rodiči, se kterými nebyli zvyklí trávit tolik času. Změnil se jim denní režim, nevěděli, jak naložit s volným časem. Všichni respondenti se nadále stýkali v omezeném počtu. Chodili spolu na procházky, pomáhali jako dobrovolníci při nakupování seniorům nebo se střetávali na chatě rodičů. Chybějící sociální kontakt suploval virtuální kontakt na sociálních sítích (Messenger, Instagram, Teams, Discord). Chatovali si spolu, telefonovali, posílali hlasové zprávy, hráli online hry, diskutovali, pomáhali si s učivem, sledovali a komentovali filmy apod. Vzrostl čas trávený na sociálních sítích. Některým respondentům vyhovuje virtuální prostředí více než fyzický kontakt, protože se cítí bezpečněji a jistěji. Pokud vnímají ohrožení, mohou se kdykoliv odpojit.

Pro šest probandů bylo na začátku pandemie na jaře 2020 **soužití s rodiči i sourozenci** náročné. Někteří z nich hovořili o nezvyku, jiní o „ponorce“. Z počátku docházelo k hádkám. Respondenti si stěžovali na kontrolu ze strany rodičů, hluk v domácnosti. Polovina respondentů konstatovala, že se postupně vztahy s rodiči zkoordinovaly, upevnily a došlo ke vzájemnému sblížení. Sedm probandů zůstalo v době distanční výuky doma se svým mladším nebo starším sourozencem. Trávili spolu více času než v době před pandemií. Pokud měli respondenti mladší sourozence, pomáhali jim s úkoly, s testy, kontrolovali jejich online připojení, přípravu do školy, sdíleli spolu i některé volnočasové aktivity. Tři probandů vyhodnotili vztahy se sourozenci za lepší než před pandemií. O změně v kontaktu s prarodiči hovořilo pět respondentů. U dvou z nich neprobíhal kontakt žádný, z důvodu obavy prarodičů o vlastní zdraví. U jednoho došlo k omezení styku. Respondenti, kteří bydleli ve stejném domě nebo přes zahradu s prarodiči, je navštěvovali a docházeli k nim občas na oběd.

Omezení volného pohybu, sportovních aktivit a jiných zájmových kroužků postihlo dohromady šest probandů, jejich některé zájmové činnosti byly zrušeny úplně, jiné se převedly do online prostředí. Respondentům chyběl sociální kontakt s kamarády a s učiteli z kroužků, vzájemná interakce a pohyb. Na druhou stranu devět respondentů zařadilo do svých volnočasových aktivit pohyb, a to nejčastěji běh, posilování, jógu, cvičení dle videí na YouTube.

Zavedením restriktivních opatření došlo **ke změně denního režimu** u všech respondentů. Běžný den zaplnila distanční výuka, surfování na sociálních sítích, sdílený čas s rodinou,

příprava do školy, pohybové a další volnočasové aktivity (vaření, četba, hraní deskových společenských her, poslech hudby a audioknih apod.), online zájmové kroužky, pomoc v domácnosti, autoškola, brigáda a dobrovolnická činnost. Více než polovina probandů přizpůsobila denní rutinu aktuální situaci a svým potřebám, třem respondentům se to nepodařilo. Někteří z nich trpí poruchami spánku, přes den se cítí unavení a vyčerpaní, jiní jsou demotivovaní, dny jsou pro ně dlouhé, čas promrhaný, mají problémy s plánováním aktivit a organizací svého času. Tyto potíže s **dopadem na duševní zdraví** se u nich objevily právě až v době pandemie COVID-19 a následného lock-downu. Úzkostné stavy trápí tři probandy, z čehož u jednoho z nich jsou úzkosti vázané na cestování a větší počet lidí. Depresivní stavy prožívají dva respondenti. Z výzkumného šetření nelze určit, zda a jakým způsobem ovlivnila pandemie COVID-19 jejich postoj ke zdraví. Onemocnění COVID-19 prodělalo šest respondentů, všichni měli lehký průběh nemoci bez dalších následků. Žádný z respondentů nemá zkušenost s úmrtím blízké osoby na COVID-19.

Otázka č. 2: Jaké zdroje stresu udávají adolescenti v souvislosti s pandemií COVID-19?

Jako stresový faktor působila změna režimu dne na počátku pandemie u všech respondentů. Záleželo na tom, jak rychlá byla jejich adaptace a přizpůsobení rutiny nové situaci. U probandů, kterým se to nepodařilo, zůstala stresorem a nadále ovlivňuje jejich pocit duševní pohody. Zejména na začátku pandemie na jaře roku 2020 stresoval až polovinu respondentů pocit nízké produktivity v učení a promarněnosti času. Tento pocit se dle některých umocňuje blížícím se návratem do školy. Stejně množství probandů vnímalo jako stresor omezení sociálního kontaktu. Pro dvě respondentky bylo stresující omezení/zrušení zájmových kroužků. Významným stresovým faktorem se stala pro sedm respondentů škola. Stresují je náročné testy, které neodpovídají odučenému učivu a zkrácený čas na vyplnění testů, někteří se obávají zhoršeného prospěchu, mezer ve vzdělání, jiní návratu do školy, na základě zkušeností z roku 2020. Intenzivní soužití s rodinou, na které nebyli na začátku pandemie zvyklí, hodnotilo šest probandů zpočátku jako stresující. Jeden respondent uvedl jako největší stresor právě své rodiče, kteří měli mezi sebou konflikty již před pandemií a intenzivním soužitím se krize mezi nimi jen prohloubila. Stejný respondent považuje za stresor sociální izolaci, přičemž poukazuje na to, jak je komunikace na sociálních sítích zavádějící. Tři probandy stresuje hovořit při online výuce do tmavé obrazovky počítače (PC), když nevidí, kdo je sleduje a neví, kdo poslouchá. Jednu respondentku stresoval strach o osobu blízkou, jiného obava z neúspěchu v autošcole

a dalšího nejistá budoucnost. Jednu respondentku ohrožuje strach z cestování a většího počtu lidí. Dva probandi uvedli jako stresor informace z médií, hlavně na začátku pandemie, které v nich vyvolaly obavy. Z tohoto důvodu omezili sledování událostí ohledně COVID-19 jen na konkrétní spolehlivé zdroje.

Otázka č. 3: Jakým způsobem se adolescenti vyrovnávali s přicházejícími změnami, co jim pomáhalo situaci zvládat?

Pravidelný denní režim a plánování usnadňují zvládání stresových situací, proto je lze zařadit mezi základ pomoci. Pokud si respondenti zvládli přizpůsobit denní rutinu aktuální situaci, neuváděli zavedení pravidelného režimu a plánování jako copingové strategie. Mezi nejčastěji uváděné zdroje pomoci patří podpora přátel a rodiny. Někomu také pomáhala víra v Boha, pěkné počasí, dobré jídlo, odpočinek, z relaxačních technik jóga a meditace. Za další zdroje zmiňované respondenty lze pokládat jejich pohybové (posilování, cvičení, běh, procházky, jízda na koloběžce) a volnočasové (virtuální kontakt na sociálních sítích, četba, psaní, vaření, poslech hudby, audioknih, hra na klavír, stolní společenské hry, sledování filmů a seriálů atd.) aktivity. Maladaptivní způsob pomoci ve formě nikotinu a kouření marihuany přiznal jeden proband.

8 Diskuze

Diskuze je věnována rozboru výsledků rigorózní práce, porovnání zjištění s jinými dostupnými zahraničními i tuzemskými výzkumy na podobné téma a zhodnocení. Dále jsou zmíněny limity výzkumu a doporučení pro další směřování.

Cílem rigorózní práce bylo shrnout dostupné poznatky ke zkoumané problematice, a vytvořit tím relevantní podklad pro navazující empirickou část. Na základě těchto teoretických východisek se autorka rozhodla prozkoumat, jaký **má pandemie COVID-19 dopad na duševní zdraví adolescentů** na základě jejich osobní zkušenosti se změnami, které s sebou pandemie přinesla. Tato studie nerozlišovala, zda respondenti sami prodělali či neprodělali COVID-19. Autorka považuje cíl výzkumu za splněný. Výsledky se shodují s teoretickým ukotvením práce. Autorka vycházela z žité zkušenosti deseti respondentů.

Poněvadž pandemie COVID-19 stále probíhá, nelze popsat všechny důsledky na duševní zdraví. Od roku 2020 se stala pandemie COVID-19 hojně zkoumaným tématem. Odborná veřejnost přichází neustále s novými poznatky, proto je diskuse doplněná o některé z nich.

8.1 Diskuze první výzkumné otázky

Jaký dopad měla pandemie COVID-19 a s tím spojená restriktivní opatření na život adolescentů, jak toto období prožívají?

První výzkumná otázka mapovala změny v životě adolescentů, které s sebou pandemie přinesla. Zjišťovala, jaký dopad měla protiepidemická opatření na jejich duševní zdraví, zda a jakým způsobem tyto změny zasáhly jejich mezilidské vztahy a jestli a jakým způsobem ovlivnila jejich postoj ke zdraví.

Respondenti uvedli následující oblasti, kde pocítili změny: zavedení distanční výuky, omezení sociálních kontaktů, omezení volného pohybu, sportovních aktivit a jiných zájmových kroužků, rodinné vztahy, denní režim a zdraví. Všechny tyto zmíněné oblasti se vzájemně ovlivňují. Téměř všichni respondenti uvedli, že **omezení sociálních kontaktů** je protiepidemické opatření, které jim nejvíce zasáhlo do života, vnímali jej negativně. Toto omezení se prolínalo dalšími uvedenými změnami, a to distanční výukou, **omezením volného pohybu, sportovních aktivit a jiných zájmových kroužků**. Respondentům chyběl sociální kontakt, a to jak s kamarády, spolužáky, učiteli, lektory, tak vzájemná

interakce. Adolescence je citlivé období pro sociální rozvoj se zvýšenou potřebou sociálních interakcí, což potvrzuje i teorie Osm věků E. Eriksona, kdy v páté fázi psychosociálního vývoje člověka je důležitou událostí pro teenagery právě sociální vztah (Imran et al., 2020). Sociální izolace vede k pocitu osamělosti. Osamělost je podle autorů Perlman a Peplau (1981) bolestivá emocionální zkušenost s rozporem mezi skutečným a požadovaným sociálním kontaktem. Přestože sociální izolace nemusí být nutně synonymem osamělosti, studie v kontextu COVID-19 naznačují, že více než třetina adolescentů uvádí vysokou úroveň osamělosti (Oxford ARC Study, 2020), což naši respondenti potvrdili. Výsledky se shodují i s další českou studií (Mladé hlasy UNICEF, 2020), dle které sociální kontakt scházel 87 % dětí, volný pohyb 59 %, možnost navštěvovat společenské a kulturní akce 40 %, provozovat koníčky 40 % a sport 38 % dětí.

Na základě omezení sociálních kontaktů a volného pohybu osob byla zavedena **distanční výuka**, která způsobila změnu režimu dne u všech probandů. Škola je pro většinu teenagerů jedním z nejdůležitějších sociálních prostředí, ve kterém vrstevníci ovlivňují sebepojetí, pohodu a chování adolescentů (Gorrese, Ruggieri, 2013; O'Brien, Bierman, 1988, in Figueiredo et al., 2021). Při hodnocení distanční výuky respondenty převládla negativa nad pozitivy. Polovině respondentů scházel již zmiňovaný sociální kontakt. Stejně množství probandů stresovala větší obtížnost testů a zkrácený čas na jejich vyplnění, kdy považovali výklad učiva za nedostatečný. Některým introvertně zaměřeným jedincům naopak distanční výuka více vyhovovala. Virtuální prostředí sociálních sítí používali jako bezpečnou formu, která suplovala sociální kontakt. Za přínos distanční výuky považovalo sedm probandů flexibilitu, která jim umožnila organizovat si čas a věnovat se svým zájmům. S podobnými výsledky přichází výzkum Nielsen Admosphere, průzkum při národním testování devátých tříd a společností PAQ Research a projektu Kalibro z dubna 2021 (Zormanová, 2021). Čtvrtině žáků distanční výuka nevyhovovala, naopak více vyhovovala introvertním dětem, které upřednostňují samostatnost. Třetině dotazovaných žáků chyběl kontakt se spolužáky, 44 % žáků si stěžovalo na přetěžování úkoly a prací, 43 % na nedostatek motivace k učení, 39 % na neporozumění nové látce. Více než polovina žáků ocenila možnost samostatně si organizovat čas (Zormanová, 2021). V našem výzkumu pak už jednotlivě respondenti zmínili další negativa distanční výuky, jako je demotivace k učení, selhávající technika připojení, nepochopení výuky, což koresponduje s výsledky studie (Magson, et al., 2020), týkající se nejčastěji uváděných problémů při učení online:

problému s motivací, technologických problémů, nepochopení učebních materiálů a neschopnosti požádat učitele o vysvětlení práce.

Mezi primární úkoly dospívání patří odpoutání se od rodičů a dosažení potřebné samostatnosti (Langmeier, Krejčířová, 2006). Adolescenti, kteří trávili před pandemií COVID-19 většinu dne odděleně od rodičů, po zavedení protiepidemických opatření trávili čas se svou rodinou doma. Duševní zdraví dětí a mládeže je výrazně ovlivněno rodinným systémem a rodinné interakce byly pandemií hluboce ovlivněny (Vigo, Patern, Pajer, 2020).

V rodinných vztazích došlo ke změně u sedmi respondentů. Pro šest probandů bylo na začátku pandemie na jaře 2020 soužití s rodiči i sourozenci náročné, zpočátku docházelo ke konfliktům. Tuto vzájemnou souvislost potvrdil i Vigo, Patern, Pajer (2020), kteří uvádějí, že fyzické distancování a sociální izolace mohou vést ke zvýšenému stresu a konfliktům v domácnostech. Respondenti si stěžovali na kontrolu ze strany rodičů, hluk v domácnosti. Brazendale et al. in (Prime, et al., 2020) zjistili, že rodiče negativně reagovali na chování dítěte, které bylo v době pandemie fyzicky méně aktivní, mělo horší spánkovou hygienu, protože trávilo více času na sociálních sítích, což vedlo k negativitě ze strany dítěte a případné eskalaci konfliktu nebo vyhýbání se rodičům. Polovina našich respondentů konstatovala, že se postupně vztahy s rodiči zkoordinovaly, upevnily se a došlo ke vzájemnému sblížení. Courtney et al. (2020) uvádí, že četnost a povaha rodinných aktivit se v souvislosti s pandemií nevyhnutelně změnila, což zároveň představuje příležitost pro větší soudržnost rodiny, která by mohla mít pozitivní dopad na duševní zdraví rodiny.

Změna denního režimu proběhla u všech respondentů. Denní rutinu museli respondenti přizpůsobit distanční výuce, která probíhala v online prostředí. Respondenti tak byli nuceni trávit více času sledováním mobilu, tabletu či počítače, a to v i v dobu, kdy online výuka neprobíhala, aby mohli kontrolovat změny v rozvrhu a zadávání domácích úkolů nebo při sledování zájmových kroužků, které byly také převedeny do virtuálního prostředí. Chybějící sociální kontakt suplovalo několikahodinové surfování na sociálních sítích (Messenger, Instagram, Discord, Face Time, Teams, YouTube), kde si spolu chatovali, telefonovali, posílali si hlasové zprávy, hráli online hry, diskutovali, pomáhali si s učivem, sledovali a komentovali filmy na HBO a Netflixu. S tím koresponduje zvýšená potřeba komunikovat prostřednictvím sociálních sítí u dospívajících. U adolescentů dochází k rozvoji hlubokých vztahů s vrstevníky, s nimiž až 75 % adolescentů probírá svoje problémy (Kocourková, in Hort a kol., 2000). Na druhou stranu internetová média jako Zoom, Skype, WhatsApp a Face Time a další nemohou nahradit potřebu sociálního kontaktu

s lidmi (Haider, Tiwana, Tahir, 2020). Součástí denního režimu byl i sdílený čas s rodinou, který na začátku pandemie vnímali respondenti jako nezvyk. Zákonitosti psychického vývoje adolescenta korespondují s teoretickými východisky rigorózní práce. Většina respondentů zařadila do svého dne pohybové aktivity (posilování, běh, cvičení, procházky, jízda na koloběžce, jóga, meditace), které sloužily jako zdroj relaxace. Všichni probandi sledovali události ohledně COVID-19 z domova i ze zahraničí na ČT1, ČT24, Seznam zprávy, Instagramu (Dominik Ferry, Do kontextu, Politika pro mladé), Facebook, Twitter, Herdin, investigativní a publicistické pořady. Pro dva z nich představovaly informace z médií zdroj stresu. Podobné zdroje informací o COVID-19 určili probandi kanadské studie (Hawke et al. 2020). Většina z nich identifikovala online zdroje: 34 % online zprávy, 17 % sociální média a 9 % pro ostatní zdroje.

Stejně poznatky o tom, jak trávily den v době pandemie české děti ve věku 9 až 17 let a o významu sociálních sítí pro teenagery, ilustruje výzkum Mladé hlasy (UNICEF, 2020). Svůj volný čas za nouzového stavu děti trávily nejčastěji na počítači, telefonu, herní konzoli, dále sledovaly TV, poslouchaly rádio. Až na třetím místě z aktivit se umístil osobní rozvoj včetně studia. Na internetu trávilo tři až čtyři hodiny denně 31 % dětí, ¼ byla na internetu více než 4 hodiny denně. Čas strávený na internetu roste s věkem. Sedmdesát procent starších dětí čerpalo informace ze sociálních sítí, zpravodajských serverů na internetu, z televize, a jen 5 % z tištěných novin a z časopisů. Nejvíce sledovalo Instagram 55 % dětí, Facebook 45 %, Tik Tok 40 %, Snapchat 18 %. Podobné výsledky přináší longitudinální studie Velké Británie (Jester, Kang, 2021), která zjišťovala dopad lockdownu v rámci pandemie COVID-19 u teenagerů ve věku 13 až 18 let v sekundárním vzdělávání. Produktivita studentů poklesla ze 77 % na 63 %, zvýšil se počet hodin strávených na sociálních médiích (více než čtyři hodiny denně). Zároveň vzrostly konflikty v jejich rodinném prostředí z 26 % na 37 %. Celkem 51 % studentů uvedlo pokles duševního zdraví, který byl způsoben nedostatkem sociální interakce, poklesem produktivity, motivace a zvýšením konfliktů v rodinách.

Více než polovině respondentů naší studie se podařilo přizpůsobit denní rutinu aktuální situaci a svým potřebám. Tři respondenti si stěžují na rozhozený režim dne, který negativně ovlivnil kvalitu jejich spánku. Během dne se cítí unavení, vyčerpaní, polehávají. Někteří z nich jsou demotivovaní, dny jsou pro ně dlouhé, čas promrhaný, mají problémy s plánováním aktivit a organizací svého času, jsou plačtiví, omezili své zájmy. Uvedené potíže patří podle Dudové (2007) a Goetz (2005) mezi depresivní symptomy u adolescentů.

Dva respondenti prožívají depresivní stavy. Shader (2020, in Lečbych, 2021) však upozorňuje, že v klinické praxi je třeba v souvislosti s COVID-19 pečlivě rozlišovat příznaky klinické deprese od reakcí na stres, což u respondentů v naší studii nebylo možné rozlišit. Úzkostné stavy trápí tři probandy. U jednoho z nich jsou úzkosti vázané na cestování a větší počet lidí, další uvedl léčbu úzkostí ještě před pandemií. Zmiňované **potíže v oblasti duševního zdraví** se objevily u tří respondentů právě až v době pandemie COVID-19 a následného lock-downu. Pandemie nemusí mít stejný dopad na duševní zdraví všech dospívajících (Barendse et al., 2021). Čtvrtý respondent, výše zmíněný, uvedl, že se před pandemií léčil s úzkostí a schizoafektivní poruchou. Jeho psychické potíže se v době pandemie zhoršily. To koresponduje s tvrzením Dubey et al. (2020), že psychiatrickí pacienti jsou v době pandemie COVID-19 náchylní k rozvoji recidiv nebo zhoršení již existujících známek a symptomů. Z výše uvedeného lze potvrdit, že na základě zmiňovaných potíží respondentů měla pandemie COVID-19 dopad na jejich duševní zdraví.

I ostatní studie potvrzují dopad pandemie COVID-19 na duševní zdraví: Zhou et al. (2020) shledali, že 44 % středoškoláků v Číně ve věku 12 až 18 let během vypuknutí COVID-19 vykazovalo depresivní příznaky, 37 % vykazovalo úzkost a 31 % mělo oba typy příznaků. Studie Duan et al. (2020) naznačuje, že pandemie Covid-19 měla výrazný psychosociální dopad na děti a dospívající, kdy depresivními příznaky trpělo 22 % respondentů. V České republice výzkumný projekt Bartoš a kol. (2020) zjistil, že v první fázi pandemie trpělo zhoršeným duševním zdravím 20 % respondentů (příznaky alespoň středně těžké deprese nebo úzkosti), což byl trojnásobný nárůst oproti stavu před pandemií. Nejvíce byli zasaženi mladí lidé ve věku 18 až 24 let 36 % a další skupiny. Podobně zkoumala studie ze 63 zemí Warma et al. (2021) dopad pandemie COVID-19 na psychické potíže globálně a identifikovala faktory, které mohou zhoršit pokles duševního zdraví. Více než 70 % respondentů mělo více než střední hladinu stresu, přičemž 59 % splňovalo kritéria pro klinicky významnou úzkost a 39 % uvádělo mírné depresivní příznaky. Špatný spánek, nižší úroveň odolnosti, mladší věk a osamělost významně ovlivňují vazbu: stres-deprese, stres-úzkost. Věkové rozdíly odhalily, že mladší věkové skupiny byly náchylnější ke stresovým, depresivním a úzkostným příznakům. Děti a adolescenti německé studie (Ravens-Sieberer et al., 2021) také uvedli depresivní symptomy: 62 % mělo problémy se soustředěním, 58 % mělo malý zájem o aktivity nebo z nich nemělo radost, 33 % pociťovalo smutek.

Z našeho výzkumného šetření nelze určit, zda a jakým způsobem ovlivnila pandemie COVID-19 postoj respondentů ke zdraví. Onemocnění COVID-19 prodělalo šest respondentů, všichni měli lehký průběh nemoci bez dalších následků. Žádný z respondentů nemá zkušenost s úmrtím blízké osoby na COVID-19. Pro očkování se rozhodlo osm respondentů. Jako nejčastější důvod uváděli možnost volného pohybu do míst, kde je vyžadován certifikát o očkování, potřebu chránit zdraví nejbližších i svoje.

Změny, které respondenti uvedli, působily na začátku pandemie jako stresový faktor pro většinu z nich. U některých respondentů měly dopad na jejich duševní zdraví. Na druhou stranu se probandí zamýšleli i nad pozitivy, které s sebou pandemická doba přinesla. Přestože bylo nařízené omezení volného pohybu a sociálního kontaktu, všichni respondenti se stýkali v omezeném počtu dál. Soužití s rodiči a sourozenci působilo na začátku pandemie také jako významný stresor, avšak u šesti respondentů došlo postupně ke zlepšení a posílení vztahů v rodině. Chybějící pohybové aktivity si většina respondentů zařadila do svého dne. Při hodnocení distanční výuky respondenty převládla negativa, přesto považovali za přínos flexibilitu, která jim umožnila organizovat si čas, dojíždějící si pochvalovali, že nemusí dojíždět, introverti získání klidu a většího osobního prostoru. S podobnými výsledky přichází australská longitudinální studie (Cornell et al., 2021), zaměřená na pozitivní dopady pandemie COVID-19 u 1370 participantů. Mezi tři nejčastěji uváděná pozitiva respondenti zařadili: 33 % čas strávený s rodinou, pocit většího uznání a zlepšení rodinných vztahů, 29 % flexibilitu v práci, možnost ušetření času a peněz nedojížděním, vyšší produktivitu práce, pocit větší svobody, autonomie a větší kontroly nad pracovním dnem, 19 % užívání si klidnějšího a méně rušného života bez naplněných nákupních center, bez hluku z dopravy, s malým provozem na silnici apod. Introverti si pochvalovali, že odpadl tlak okolí, aby se účastnili společenských akcí apod.

8.2 Diskuze druhé výzkumné otázky

Jaké zdroje stresu udávají adolescenti v souvislosti s pandemií COVID-19?

Druhá výzkumná otázka se zaměřila na zjištění stresových faktorů, které adolescenti nejčastěji uváděli.

Sociální izolace (v důsledku omezení sociálního kontaktu, volného pohybu osob, volnočasových aktivit i karantény) je společným jmenovatelem respondentů pro stresový faktor, který měl negativní vliv na jejich duševní zdraví. Zhoršení duševního zdraví během

povinné sociální izolace přináší průřezová studie z Ekvádoru (Paz, et al., 2020). Ze 759 pacientů, z čehož mělo 20 % středně těžké až těžké příznaky deprese, 23 % středně těžké až těžké příznaky úzkosti.

Změna režimu dne působila na počátku pandemie jako stresový faktor u všech respondentů. Na jaře 2020 stresovala až polovinu respondentů nízká produktivita učení a pocit promarněnosti času, způsobené rozhozením denního režimu. Záleželo na tom, jak rychlá byla jejich adaptace a přizpůsobení rutiny nové situaci. Reakce dítěte na krizovou situaci závisí na jeho předchozí zkušenosti s vystavením se krizové situaci, jeho fyzickém a duševním zdraví, socioekonomickým podmínkám a kulturnímu zázemí (Dalton et al., 2020, in Imran et al., 2020). Podle Paz et al. (2020) je spojeno s lepším duševním zdravím dodržování denní rutiny, cvičení a informování o COVID-19.

Dalším výrazným stresovým faktorem se stala pro sedm respondentů škola. Tento faktor přetrvával po celou dobu distanční výuky a sílil s blížícím se návratem do školy. Probandy stresovaly náročné testy, které neodpovídaly probranému učivu a na jejichž vyplnění měli zkrácený čas. Někteří se obávali zhoršeného prospěchu, mezer ve vzdělání, jiní návratu do školy, na základě zkušeností z roku 2020.

Pro šest respondentů bylo stresující intenzivní soužití s rodinou, na které nebyli na začátku pandemie zvyklí. S tím korespondují výsledky studie vnímání stresu u dospívajících. Studijní tlak a konfliktní rodinné vztahy během pandemie mají dopad na jejich duševní zdraví (Zhuo, Yu, Shi, 2022). Německá studie (Ravens-Sieberer et al., 2021) také potvrdila u jedné čtvrtiny respondentů, že v rodině přibýlo hádek. Zároveň třetina rodičů uvedla, že spory v rodině eskalovaly častěji.

Další stresory už respondenti zmiňovali jednotlivě: strach o osobu blízkou, z nejisté budoucnosti, z cestování, obavu z většího počtu lidí, z informací v médiích, z neúspěchu v autoškolě. V souvislosti s pandemií COVID-19 považují autoři různých studií za významné stresory následující: Brooks et al. (2020) řadí mezi stresory: delší trvání karantény, obavy z infekce, frustraci, nudu, nedostatečné zásoby, nedostatečné informace, finanční ztráty a stigma. Neria et al. (2020) zdůrazňuje nedostatek informací a rozporuplné pocity ohledně účinku karantény. Thomeer et al. (2020) označil za stresory související s pandemií: riziko infekce a přenosu v rodinách, finanční a ekonomické potíže v souvislosti se ztrátou zaměstnání, lock-down narušující každodenní život, sociální distanc, narušení denní rutiny a plánování, změny v životním uspořádání za účelem snížení rizika infekce, narušení dostupnosti a kvality lékařské péče.

Stresory pandemické doby mají obecně negativní účinky. Lidé mohou být zmatení, trpět podrážděností, vztekem, nespavostí, mohou se u nich rozvinout psychické poruchy (deprese, úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha) nebo nezdravé kompenzační chování spojené se zvýšeným užíváním návykových látek či sebepoškozováním a zvýšeným rizikem sebevraždy (Racine et al., 2021), s čímž se naše studie shoduje.

8.3 Diskuze třetí výzkumné otázky

Jakým způsobem se adolescenti vyrovnávali s přicházejícími změnami, co jim pomáhalo situaci zvládat?

Třetí výzkumná otázka zjišťovala, jaké copingové strategie pomohly respondentům se s přicházejícími změnami pandemie vyrovnat.

Jako nejčastěji zmiňovanou pomoc uváděli respondenti podporu přátel a rodiny. Jak již bylo zmíněno výše, vrstevnická skupina hraje v životě adolescenta klíčovou roli při získávání pocitu autonomie, při vzniku a formování partnerských vztahů, stabilizuje dospívajícího v procesu fyzických, psychických i sociálních změn a někdy doplňuje nebo nahrazuje rodičovskou podporu (Arnett, 2012). Podle Jochmannové, Kimplové (2021, 156) „*jsou podpůrné pozitivní vztahy s vrstevníky významným salutoprotektivním faktorem duševního zdraví*“ pro adolescenty. Výzkum Suldová et al. (2015, in Dosedlová, 2016) také potvrzuje význam sociální opory pro duševní zdraví, přičemž přítomnost mezilidských vztahů s vrstevníky byla nejsilnějším indikátorem duševního zdraví. O významu rodiny pro duševní zdraví dospívajících v kontextu pandemie pojednává čínská studie Zhuo, Yu, Shi (2022). Odolnost rodiny³² spolu s jejími protektivními faktory (vysokou intimitou, dobrou komunikací a silnou vírou) může pozitivně predikovat duševní zdraví dospívajících během pandemie COVID-19 (Zhuo, Yu, Shi, 2022).

Za další strategie zmiňované respondenty lze pokládat jejich pohybové a volnočasové aktivity, které všichni zařadili do své denní rutiny. WHO (2020) navrhla, aby lidé v izolaci pravidelně cvičili. V důsledku toho je kladen důraz na zavádění domácího cvičení ke zmírnění poklesu duševního a fyzického zdraví v kontextu COVID-19 (Ravalli & Musumeci, 2020 in Savage et al., 2020). Studie z Itálie (Maugeri et al., 2020, in Savage

³² Odolnost rodiny je definována jako schopnost a síla rodiny jako celku vyrovnat se se stresem a krizí (Zhuo, Yu, Shi, 2022).

et al., 2020) a Kanady (Lesser & Nienhuis, 2020, in Savage et al., 2020) prokázaly pozitivní souvislosti mezi fyzickou aktivitou, duševním zdravím a pohodou (wellbeing).

Mezi další nápomocné zdroje respondenti jednotlivě uváděli víru v Boha, pěkné počasí, dobré jídlo, odpočinek, jógu a meditaci. Pravidelný denní režim a plánování usnadňují zvládání stresových situací, proto je lze zařadit mezi základ pomoci. Pokud si respondenti přizpůsobili denní rutinu aktuální situaci, neuváděli pravidelný denní režim a plánování jako zdroje pomoci. Maladaptivní způsob pomoci ve formě nikotinu a kouření marihuany přiznal jeden proband. Na užívání návykových látek a duševní zdraví u mládeže v době pandemie se zaměřila kanadská studie (Hawke et al. 2020). Bylo zjištěno, že v klinickém vzorku uvedlo 25,7 % mladých lidí depresi nebo smutek, 17 % úzkost, 5,8 % pokus o sebevraždu a 4,7 % užívání návykových látek.

8.4 Limity výzkumu

Výzkumný soubor je tvořen 10 respondenty, z čehož je 5 mužů a 5 žen ve věku 18 let. Všichni studují gymnázium. Pohlaví, věk i vzdělání je sice u všech respondentů stejné, ale právě stejný věk a druh vzdělání považuje autorka za limitující. Autorka si zvolila pro svůj výzkum studenty ve věku pozdní adolescence, což je věkové rozpětí od 15 do 20 let (Vágnerová, 2005). Není tak možnost srovnání s adolescenty mladších ročníků studujícími jiný typ školy (2. stupeň základní školy, střední odborné školy a odborná učiliště apod.), kteří mohou mít odlišnou žitou zkušenost. Vzhledem ke kvalitativní povaze výzkumu nelze považovat získaná data za obecně platná a výsledky zobecnit na celou populaci adolescentů.

Slabinou výzkumu je sběr dat formou videohovorů v online prostředí. Autorka postupovala podle doporučení Miovského (2007), jak vést polostrukturovaný rozhovor při získávání kvalitativních dat. Sběr dat probíhal od dubna do června roku 2021, kdy probíhala distanční výuka. Autorka si byla vědoma, že ve virtuálním prostředí není možné zajistit všechny podmínky tak, jako při osobním setkání. Na druhou stranu se respondenti mohli cítit komfortněji, protože se všichni nacházeli v domácím bezpečném prostředí.

Za další limitující faktor při sběru dat autorka považuje fakt, že výzkumné otázky nebraly v potaz proměnlivost pandemie a protiepidemických opatření v jednotlivých vlnách a respondenti se věnovali buď aktuálnímu pohledu na pandemii (duben až červen 2021), nebo období začátku pandemie (jaro 2020).

8.5 Přínosy výzkumu a návrhy pro další výzkumná šetření

Za hlavní přínos rigorózní práce považuje autorka vhléd do prožívání pandemie COVID-19 u deseti adolescentů. Z jejich osobních zkušeností a prožitků se změnami, jež s sebou pandemie přinesla, vyvstal popis klíčových oblastí, které jsou rizikové a mohou negativně ovlivnit jejich duševní zdraví.

Za hlavní zjištění rigorózní práce autorka považuje fakt, že sociální kontakt je pro adolescenty v jejich vývoji zcela zásadním milníkem. Vychází z jejich vývojové potřeby. Všechna protiepidemická opatření s cílem omezit sociální kontakt (sociální izolace, karanténa, omezení volného pohybu osob, distanční výuka, omezení nebo zrušení zájmových kroužků apod.) jsou v rozporu s vývojovou potřebou adolescenta, narušují jeho přirozený vývoj a mohou vést k negativnímu dopadu na jeho duševní zdraví.

Výsledky také poukazují na problematiku virtuálního prostředí a význam rodiny pro adolescenta v kontextu pandemie. Sociální sítě suplují dospívajícím chybějící sociální kontakt, a zároveň nemohou nahradit sociální interakci s lidmi. Protože probíhala i výuka v online prostředí, zvýšil se čas trávený ve virtuálním prostředí u všech respondentů. Intenzivní soužití s rodinou bylo na začátku pandemie stresující pro šest respondentů. V adolescenci dochází k postupné separaci od rodičů a právě nuceným intenzivním soužitím byl proces separace narušen. Polovina respondentů pak uvedla, že se vztahy v rodině postupně zkoordinovaly a zlepšily. Záleží na odolnosti rodiny jako celku a její schopnosti se vyrovnávat s krizovou situací. Rodina je důležitá pro zachování duševního zdraví dospívajících a slouží jako významný zdroj podpory. Výsledky práce naznačují další zdroje podpory pro adolescenty, jsou jimi především přátelé a také pohybové a zájmové aktivity.

Možným zdokonalením výzkumu by bylo doplnění rozhovoru o dotazy, které by se zaměřily na časovou lokalizaci potíží v jednotlivých vlnách pandemie, poněvadž byla období, kdy byla striktní protiepidemická opatření a kdy docházelo k jejich rozvolňování. Výzkum by pak mohl srovnávat výsledky v průběhu všech období. Pokud by se výzkum doplnil o další metodu sběru dat, která by zjišťovala např. locus of control v rámci psychické odolnosti, umožnilo by to lepší vhléd do copingových strategií u adolescentů v době pandemie. Další možností je doplnění rozhovoru o otázky, které by detekovaly, zda se v případě potíží u respondentů jedná o příznaky klinické deprese, nebo o reakci na stres.

Zjištění, vyplývající z této rigorózní práce by mohla být nápomocná ve výchově, vzdělávání a péči o adolescenty. Rodiče, pečovatelé i učitelé by měli být poučeni o vývojových zákonitostech adolescence, aby v rodině i při výuce vyvíjeli aktivity, při kterých se navzájem povzbuzují a společně pracují na řešení problémů. Zároveň by měli být seznámeni se základními příznaky deprese a úzkostí, které se podle výzkumů objevují nejčastěji v souvislosti s dopadem pandemie COVID-19 na duševní zdraví. Pak by snáze mohli odhalit tyto příznaky u svých potomků či žáků.

Dále by se mohla využít k překlenutí sociální izolace internetová zařízení a mobilní aplikace, kde by docházelo ke společenským setkáním v rámci virtuálního prostředí, k rozvíjení pohybových či řemeslných aktivit apod. Současně by bylo dobré podpořit a zvýšit dostupnost psychologické a psychiatrické internetové péče. Zhodnotit na základě již provedených studií dopad pandemie COVID-19 na duševní zdraví všech věkových skupin, podporu, dostupnost léčby, služeb a zapracovat i zkušenost z minulých vážných virových epidemií.

9 Závěr

Cílem předložené rigorózní práce bylo zjistit dopad pandemie COVID-19 na duševní zdraví adolescentů na základě jejich zkušenosti a prožitků. Tato kapitola přináší přehled nejdůležitějších výsledků výzkumu.

- Distanční výuka, omezení sociálních kontaktů, omezení volného pohybu, sportovních aktivit a jiných zájmových kroužků, rodinné vztahy, denní režim a zdraví jsou změny, které respondentům zasáhly do života a působily na začátku pandemie COVID-19 jako stresový faktor pro většinu z nich;
- Sociální izolace znamenala pro většinu respondentů stresový faktor, který jim nejvíce zasáhl do života a u některých měl dopad na duševní zdraví;
- Sociální izolace je v rozporu s vývojovou potřebou zvýšených sociálních interakcí adolescentů;
- Čtyři respondenti uvedli potíže v kontextu duševního zdraví: rozhozený režim dne, poruchy spánku, únavu, vyčerpání, demotivaci, problém s plánováním aktivit a organizací svého času, plačtivost, omezení zájmů, úzkost, depresi a nechutenství;
- Dalším výrazným stresovým faktorem se stala pro sedm respondentů škola a pro šest probandů rodinné soužití zejm. na jaře 2020;
- Mezi další stresory probandi zařadili strach o osobu blízkou, neúspěch v autoškole, nejistou budoucnost, cestování, větší počet lidí a informace v médiích;
- Nejvýznamnějším zdrojem pomoci byla podpora přátel a rodiny;
- Jako další nápomocné zdroje respondenti uvedli pohybové a volnočasové aktivity, víru v Boha, pěkné počasí, dobré jídlo, odpočinek, jógu a meditaci;
- Maladaptivní způsob pomoci ve formě nikotinu a kouření marihuany přiznal jeden proband.

Souhrn

Rigorózní práce analyzuje dopad pandemie COVID-19 na duševní zdraví adolescentů na základě jejich zkušenosti a prožitků. Popisuje, jaké životní změny nastaly v souvislosti s pandemií u adolescentů, které stresory je ohrožovaly a jaké zdroje jim pomohly tuto náročnou životní situaci zvládnout.

Teoretická část je rozčleněná do čtyř kapitol. První kapitola se zaměřuje na zdraví, definuje základní pojmy a teorie, zabývá se problematikou duševního zdraví, jeho koreláty a prediktory, dále se věnuje výběru studií v oblasti duševního zdraví a duševní hygieně. Druhá kapitola se zaměřuje na charakteristiku zátěžových situací, definuje frustraci, deprivaci, konflikt, stres, krizi, psychické trauma a zabývá se mechanismy zvládnání. Třetí kapitola poskytuje základní informace o pandemii COVID-19, o protiepidemických opatřeních, popisuje možné dopady včetně dopadu na duševní zdraví. Kapitola je obohacena o výzkumy ze začátku pandemie a studii dopadu katastrof na duševní zdraví. V souvislosti s dopadem pandemie na duševní zdraví charakterizuje dvě nejčastěji uváděná duševní onemocnění, a to depresi a úzkostné poruchy. Vhled do historie pandemií přináší její průřez. Závěrečná kapitola teoretické části se zabývá charakteristikou vývojového období adolescence a výskytem depresí a úzkostných poruch v tomto období.

Empirická část popisuje metodologický rámec výzkumu. Představuje výzkumný problém, cíl a výzkumné otázky a zvolený typ výzkumu. Autorka se opírala o teoretická východiska Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Součástí metodologického rámce výzkumu je i metodika získávání, zpracování a analýzy dat. Další kapitola je věnována organizaci a průběhu výzkumného šetření, včetně charakteristiky výzkumného souboru, realizaci výzkumu a řešení možných etických problémů. Následuje analýza a interpretace výsledků, kde jsou popsány zkušenosti respondentů s tématem, tematické trsy a odpovědi na výzkumné otázky. Následuje diskuze nad zjištěnými poznatky a srovnání s ostatními výzkumy, zabývajícími se podobným tématem. Součástí poslední kapitoly empirické části je zamyšlení nad limity a přínosy výzkumu.

Výzkumné šetření vycházelo z kvalitativní metodologie. Zkoumaný soubor tvořilo celkem 10 respondentů, z toho 5 žen a 5 mužů ve věku 18 let. Data byla získávána metodou polostrukturovaného rozhovoru v rámci videohovoru v aplikaci Teams, následně byla pořízena audionahrávka z každého rozhovoru, která byla doslovně přepsána. Metodou IPA byla analyzována data získaná z prožité zkušenosti respondentů s pandemií

COVID-19. Z analýzy jednotlivých rozhovorů vyvstala klíčová témata, na jejichž základě bylo identifikováno pět tematických trsů, které byly v rozhovorech nejčastěji zastoupené: Změny v důsledku pandemie COVID-19 a restriktivních opatření v životě adolescenta, Denní režim, Stresory, Zdroje pomoci, Dopad na duševní zdraví. Každý tematický trs obsahuje několik dalších témat, která se z nich vynořila. V interpretaci výsledků jsou prezentovány výroky, které byly vyhodnoceny jako důležité. Pro větší přehlednost byly vytvořeny tabulky. Odpověď na tři výzkumné otázky byla opřena o pět klíčových oblastí.

Výsledky ukazují, že pandemie COVID-19 a s ní spojená protiepidemická opatření zapříčinila následující změny: zavedení distanční výuky, omezení sociálních kontaktů, omezení volného pohybu, sportovních aktivit a jiných zájmových kroužků, v rodinných vztazích, denním režimu a v oblasti zdraví. Změny, které respondenti uvedli, působily na začátku pandemie jako stresový faktor pro většinu z nich. U čtyř respondentů měly dopad na jejich duševní zdraví. Respondenti uváděli následující potíže v kontextu duševního zdraví: rozhozený režim dne, poruchy spánku, únavu, vyčerpání, demotivaci, problém s plánováním aktivit a organizací svého času, plačtivost, omezení zájmů, úzkost. V naší studii nebylo možné rozlišit příznaky klinické deprese od reakcí na stres. Zároveň nebylo možné určit, který konkrétní stresor vedl k negativnímu dopadu na duševní zdraví, protože jednotlivé stresové události se vzájemně prolínaly. Nebyla zjišťována ani odolnost respondentů. Z výzkumného šetření nebylo možné určit, zda a jakým způsobem ovlivnila pandemie COVID-19 postoj respondentů ke zdraví, protože si respondenti neprošli zkušeností, kdy by onemocnění COVID-19 ohrozilo je nebo jejich blízké. Sociální izolace (v důsledku omezení sociálního kontaktu, volného pohybu osob, volnočasových aktivit i karantény) znamenala pro většinu respondentů stresový faktor, který jim nejvíce zasáhl do života a u některých měl dopad na duševní zdraví. Zároveň se jedná o narušení vývojové potřeby zvýšených sociálních interakcí, která je typická pro adolescenty a hraje klíčovou roli pro jejich další vývoj. Dalším výrazným stresovým faktorem se stala pro sedm respondentů škola. Tento faktor přetrvával po celou dobu distanční výuky a sílil s blížícím se návratem do školy. Šest respondentů stresovalo na začátku pandemie intenzivní rodinné soužití. Z dalších stresorů pak jednotlivě uváděli strach o osobu blízkou, obavu z neúspěchu v autoškole, z nejisté budoucnosti, z cestování, z většího počtu lidí a z informací v médiích. Nejvýznamnějším zdrojem pomoci byla podpora přátel a rodiny. Jako další nápomocné zdroje respondenti uvedli pohybové a volnočasové aktivity, víru v Boha, pěkné počasí, dobré jídlo, odpočinek, jógu a meditaci. Pokud si respondenti přizpůsobili denní rutinu

aktuální situaci, neuváděli pravidelný denní režim a plánování jako zdroje pomoci. Maladaptivní způsob pomoci ve formě nikotinu a kouření marihuany přiznal jeden proband. Výsledky rigorózní práce se shodují s teoretickým ukotvením práce a výzkumy na podobné téma. Je zde uvedeno srovnání se studii zjišťujícími dopad pandemie COVID-19 na duševní zdraví.

Rigorózní práce naznačuje rizikové aspekty pandemie pro věkovou skupinu adolescentů s možnými dopady a zároveň podpůrnými faktory. Výsledky mohou sloužit k lepšímu pochopení vývojových specifik dospívajících v kontextu dopadu pandemie a mohou být užitečné v oblasti výchovy, vzdělávání a péče adolescentů.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- 1) Afonso, P. (2020). *The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health*. *Acta Médica Portuguesa*, 33 (5), 356-357. Dostupné z <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/13877/5925>, ze dne 8. 8. 2022.
- 2) Arnett, J. J. (2013). *Adolescence and Emerging Adulthood*. Pearson.
- 3) Baldwin, B. A. (1978). *A paradigm for the classification of emotional crises: Implications for crisis intervention*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48 (3), 538–551. Dostupné z <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1978.tb01342.x>, ze dne 20. 4. 2020.
- 4) Baldwin, B. A. (1980). *Styles of crisis intervention: Toward a convergent model*. *Journal of Professional Psychology* 11, 113–120. Dostupné z <https://psycnet.apa.org/record/1981-08602-001>, ze dne 20. 4. 2020.
- 5) Barendse, M., Flannery, J., Cavanagh, C., Aristizabal, M., Becker, S. P., Berger, E. et al. (2021). *Longitudinal change in adolescent depression and anxiety symptoms from before to during the COVID-19 pandemic: A collaborative of 12 samples from 3 countries*. PsyArXiv. Dostupné z <https://psyarxiv.com/hn7us/>, ze dne 15. 5. 2022
- 6) Bartoš, V., Cahlíková, J., Bauer, M., Chytilová, J. (2020). *Dopady pandemie koronaviru na duševní zdraví*. IDEA (Institut pro demokracii a ekonomickou analýzu), studie národohospodářského ústavu. Dostupné z https://idea.cerge-ei.cz/files/IDEA_Dusevni_zdravi_covid-19_cervenec2020_22/files/extfile/IDEA_Dusevni_zdravi_covid-19_cervenec2020_22.pdf, ze dne 1. 9. 2020.
- 7) Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum.
- 8) Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- 9) Baštecká, B. (2009). *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál.
- 10) Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinická psychologie*. Praha: Portál.

- 11) Belleville, G., Ouellet, M. Ch., Morin, Ch. M. (2019). *Post-Traumatic Stress among Evacuees from the 2016 Fort McMurray Wildfires: Exploration of Psychological and Sleep Symptoms Three Months after the Evacuation*. *Int J Environ Res Public Health*, 16 (9), 1604. Dostupné z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31071909/>, ze dne 30. 4. 2022.
- 12) Blahutková, M., Dan, J. (2008). *Zdraví a osobní pohoda: některé nové přístupy a metody posuzování*. *School and Health*, 21 (3), 123-128. Dostupné z https://www.ped.muni.cz/z21/2007/konference_2007/sbornik_2007/sb07_soucasny_diskurs/cze/blahutkova_dan_cz.pdf, ze dne 11. 5. 2021.
- 13) Boháčková, J. (2020). *Koronavirová epidemie a duševní zdraví*. *Vita Nostra Revue – Časopis 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy*, 1-2, 15-17. Dostupné z <https://fl.lf3.cuni.cz/svi/3LF%20-%20DOKUMENTY/VNR/VNR%202020/VNR%202020-1,2.pdf#page=16>, ze dne 8. 8. 2022.
- 14) Bonanno, G., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K., Litz, B., Insel, B. (2007). *Is There More to Complicated Grief Than Depression and Post-Traumatic Stress Disorder? A Test of Incremental Validity*. *Journal of abnormal psychology*, 116, 342-351. Dostupné z https://www.researchgate.net/publication/6315406_Is_There_More_to_Complicated_Grief_Than_Depression_and_Post-Traumatic_Stress_Disorder_A_Test_of_Incremental_Validity, ze dne 3. 3. 2022.
- 15) Brooks, S. et al. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. *The Lancet*, 395, ISSUE 10227, 912-912. Dostupné z [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext), ze dne 5. 3. 2021.
- 16) Cao, H., Mc Farlane, A. C., Klimidis, S. (2003). *Prevalence of psychiatric disorder following the 1988 Yun Nan (China) earthquake – the first 5 month period*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 38 (4), 204-212. Dostupné z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12664231/>, ze dne 30. 4. 2022.

- 17) Cornell, S. et al. (2021). *Positive outcomes associated with the COVID-19 pandemic in Australia*. Health Promot J Austr. 22 Apr., 33 (2), 311-319. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8250613/>, ze dne 10. 8. 2022.
- 18) Čosić, K., Popović, S., Šarlija, M., Kesedžić, I. (2020). *Impact of Human Disasters and COVID-19 Pandemic on Mental Health: Potential of Digital Psychiatry*. Psychiatria Danubina, 32 (1), 25-31. Dostupné z https://www.researchgate.net/publication/340658592_Impact_of_Human_Disasters_and_COVID-19_Pandemic_on_Mental_Health_Potential_of_Digital_Psychiatry, ze dne 15. 2. 2022.
- 19) Courtney, D., Watson, P., Battaglia, M. (2020). *COVID-19 Impacts on Child and Youth Anxiety and Depression: Challenges and Opportunities*. The Canadian Journal of Psychiatry. Dostupné z <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0706743720935646>, ze dne 14. 5. 2022.
- 20) Cvrčková, A. (2016). *Sebeposuzovací škála depresivity u dětí – Recenze metody*. Testforum, 8, 1-5. Dostupné z <https://doi.org/10.5817/TF2016-8-128>, ze dne 7. 5. 2021.
- 21) Czeisler, M. E. et al. (2020). *Mental Health, Substance Use and Suicidal Ideation during the Covid-19 Pandemic – United States*. Morbidity and Mortality Weekly Report, 69 (32), 1049-1057. Dostupné z <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6932a1-H.pdf>, ze dne 11. 5. 2021.
- 22) Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání (2021). *Návrh opatření k mírnění negativních dopadů pandemie v oblasti vzdělávání a duševního zdraví dětí*. Dostupné z <https://cosiv.cz/cs/2021/05/26/navrh-opatreni-k-mirneni-negativnich-dopadu-pandemie-v-oblasti-vzdelavani-a-dusevniho-zdravi-deti/>, ze dne 15. 8. 2021.
- 23) Černý, K. (2014). *Mor 1480–1730. Epidemie v lékařských traktátech raného novověku*. Praha: Karolinum.

- 24) ČT24 (2020). BLOG: *Pandemie v českých zemích. Mezi oběťmi byla i řada umělců, podotýká historik*. Dostupné z <https://ct24.ceskatelevize.cz/veda/3101804-blog-pandemie-v-ceskych-zemich-mezi-obetmi-byla-i-rada-umelcu-podotyka-historik>, ze dne 19. 5. 2021. (historie)
- 25) Danese, A., Moffitt, T. E., Harrington, H. L. et al. (2009). *Adverse Childhood Experiences and Risk Factors for Age-Related Disease. Depression, Inflammation and Clustering of Metabolics Risk Markers*. *Pediatr. Adoles. Med.* 163 (12). Dostupné z <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/382524>, ze dne 14. 5. 2022
- 26) Dolejš, M., Skopal, O. (2016). *Škála úzkostnosti (SUDS). Příručka pro praxi*. Dostupné z <https://persona.upol.cz/publication/certified-methodology/skala-uzkostnosti-dolejs-a-skopal-suds/>, ze dne 11.5. 2022.
- 27) Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., Charvát, M. (2018). *Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS). Příručka pro praxi*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- 28) *Dopady krize způsobené koronavirem SARS-CoV-2 a duševního zdraví populace ČR* (2020) – zpráva pracovní skupiny Rady vlády pro duševní zdraví. Dostupné z <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/Dopady-krize-zpusobené-koronavirem-SARS-CoV-2-a-duševn%C3%ADho-zdrav%C3%AD-populace-ČR.pdf>, ze dne 15. 8. 2021.
- 29) Dosedlová, J. a kol. (2016). *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Brno: Filozofická fakulta Masarykova Univerzita.
- 30) Duan, L., Xiaojun, S., Yuan, W., Yinglin, H., Junxiao, M., Xueping, Y., Gang, Z. (2020). *An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19*. *Journal of Affective Disorders*. 112-118. Dostupné z <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.029>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720323879?via%3Dihub>, ze dne 15. 5. 2022.

- 31) Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Lahiri, D., Laive, C. J. (2020). *Psychosocial impact of COVID-19*. *Diabetes Metab Syndr.*, 14 (5), 779-788. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7255207/>, ze dne 5. 6. 2021.
- 32) Dudová, I. (2007). *Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi*. *Psychiatrie pro Praxi*, 1, 29-31.
- 33) Dušková, M. (2020). *Pomáhá práce, Bůh až tak ne*. *MF Dnes*. Dostupné z <https://www.pressreader.com/czech-republic/mf-dnes/20200429/281625307457748>, ze dne 30. 4. 2021.
- 34) Farlane, A. C. (2005). *Psychiatric Morbidity Following Disaster: Epidemiology, Risk and Protective Factors*. *Disasters and Mental Health*, Wiley, 37-63. Dostupné z <https://myemotionalhealthin.files.wordpress.com/2020/04/world-psychiatric-association-juan-jose-l-occ81pez-ibor-jr.-george-christodoulou-mario-maj-norman-sartorius-ahmed-okasha-disasters-and-mental-health-j.-wiley-2005.pdf>, ze dne 7. 6. 2022.
- 35) Figueiredo, C. S., Sandre, P. C., Portugal, L. C. L. et al. (2021). *COVID-19 pandemic impact on children and adolescents' mental health: Biological, enviromental and social factors*. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 106. Dostupné z <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110171>, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584620304875>
- 36) Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., Sartorius, N. (2015). *Toward a new definition of mental health*. *World Psychiatry*, 14 (2), 231-233. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4471980/#>, ze dne 21. 6. 2021.
- 37) Goetz, M. (2005). *Deprese u dětí a adolescentů*. *Pediatric pro praxi*, 5/2005, 271-274.
- 38) Grabe, S., Hyde, J. S., Lindberg, S. M. (2007). *Body Objectification and Depression in Adolescents: The role of gender, Shame and Rumination*. *Psychology of Women Quarterly*. Dostupné z <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2007.00350.x>, ze dne 9. 2. 2022.

- 39) Gulová, L., Šíp., R. (2013). *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada.
- 40) Haider, I., Tiwana, F., Tahir, S. M. (2020). *Impact of the Covid-19 Pandemic of Adult Mental Health*. Pakistan Journal of Medical Sciences, 36, 90-94. Dostupné z <https://www.pjms.org.pk/index.php/pjms/article/view/2756>, ze dne 6. 2. 2022.
- 41) Hartl, P. (1996). *Psychologický slovník*. Praha: Budka.
- 42) Hasmanová Marhánková, J. (2021). *Ageismus, věkové rozdělení a zkušenost stáří v době krize. Zamyšlení nad společenskými dopady pandemie COVID-19*. Sociologický časopis, 57 (2), 143-163. Dostupné z <https://esreview.soc.cas.cz/contents/csr/2021/02.pdf#page=13>, ze dne 6. 2. 2022.
- 43) Havlík, J., Machala, L. (1996). *200 let očkování proti pravým neštovicím*. Vesmír 75 (11), 633. Dostupné z <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/1996/cislo-11/200-let-ockovani-proti-pravym-nestovicim.html>, ze dne 22. 5. 2021.
- 44) Hawke, L. D., Barbic, S. P., Voineskos, A. et al. (2020). *Impact of COVID-19 on Youth Mental Health, Substance Use, and Wellbeing: A Rapid Survey of Clinical and Community Samples*. The Canadian Journal of Psychiatry, 65, 701-709. Dostupné z <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743720940562>, ze dne 14. 5. 2022.
- 45) Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 46) Hellerová, P. *Neurotické a somatoformní poruchy*. Dostupné z <https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/file/6061/hellerova-neuroticke-a-somatoformni-poruchy.pdf>, ze dne 8. 5. 2022
- 47) *History of 1918 Flu Pandemic*. (CDC) Centers for Disease Control and Prevention, 24/7. Dostupné z <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/1918-pandemic-history.htm>, ze dne 25. 5. 2021

- 48) Hollifield, M., Hewage, Ch., Gunawardena, Ch. N., Kodituwakku, P., Bopagoda, K., Weerathne, K. (2008). *Symptoms and coping in Sri Lanka 20-21 month after the 2004 tsunami*. Br J Psychiatry, 192 (1), 39-44. Dostupné z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18174508/>, ze dne 30. 4. 2022.
- 49) Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. a kol. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- 50) Höschl, C. (2020) *Dopad pandemie Covid-19 na duševní zdraví*. Národní ústav duševního zdraví, Klecany. Dostupné z http://www.hoschl.cz/files/6788_cz_Slov%20psych%20sjezd%20abstrakt.pdf, ze dne 14. 5. 2022
- 51) Höschl, C., Winkler, P. (2021). *Pandemie covid-19 a duševní zdraví*. Učená společnost České republiky. Dostupné z <https://www.learned.cz/cz/co-je-noveho/aktuality/pandemie-covid-19-a-dusevni-zdravi.html>, ze dne 11. 5. 2021
- 52) Hrubec, M. et al. (2020). *Pandemie v makroregionech světa*. PHILOSOPHICA CRITICA, 6 (1), 86-102. Dostupné z https://cgs.flu.cas.cz/images/Pandemie_v_makro-regionech_svta_-_Philosophica_critica.pdf, ze dne 30. 4. 2021.
- 53) Humerović, D. et al. (2019). *Psychiatry of Pandemics. A Mental Health Response to Infection Outbreak*. Springer.
- 54) Imran, N., Zeshan, M., Pervaiz, Z. (2020). *Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic*. Pak J Med Sci, 36, (COVID-19 S4). Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7306970/>, ze dne 15. 8. 2022.
- 55) Jester, N., Kang, P. (2021) *COVID-19 Pandemic: Is teenagers' health in crisis? An investigation into effects of COVID-19 on self-reported mental and fyzical health of teenagers in secondary education*. Public Health in Practise, 2. Dostupné z https://www.researchgate.net/publication/350183757_COVID-19_Pandemic_Is_teenagers%27_health_in_crisis_An_investigation_into_the_effects_of_COVID-19_on_self-reported_mental_and_physical_health_of_teenagers_in_secondary_education, ze dne 1. 9. 2021

- 56) Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang S. F., Jiao, F.Y., Pettoello-Mantovani, M., Somekh, E. (2020) Behavioral and emotional disorders in children during the covid-19 epidemic. *The Journal of Pediatrics*, 221. 264-266. Dostupné z <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7127630/>, ze dne 14. 5. 2022
- 57) Jochmannová, L., Kimplová, T. a kol. (2021). *Psychologie zdraví. Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada.
- 58) Kar, N., Mohaparta, P. K., Nayak, K. C., Pattanaik, P., Swain, S. P., Kar, H. C. (2007). *Post-traumatic stress disorder in children and adolescent sone year after a super-cyclone in Orrisa, India: exploring cross-cultural validity and vulnerability factors*. *BMC Psychiatry*, 7 (8). Dostupné z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17300713/>, ze dne 30. 4. 2022.
- 59) Kebza, V., Šolcová, I. (2008). *Hlavní koncepce psychické odolnosti*. *Československá psychologie*, 52 (1), 1-19.
- 60) Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav*, 43 (2), 207-222. Dostupné z
- 61) Keyes, C. L. M. (2006). *Mental health in adolescence: is America's youth flourishing?* *Am J Orthopsychiatry*, 76 (3), 395-402. Dostupné z https://www.researchgate.net/publication/6812135_Mental_health_in_adolescence_Is_America%27s_youth_flourishing, ze dne 21. 6. 2021.
- 62) Kim, Y. G. et al. (2019). *Inevitable isolation and change of stress markers in hemodialysis patients during the 2015 MERS-CoV outbreak in Korea*. *Scientific Reports*, 9, 5676. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6450937/>, ze dne 20. 1. 2022.
- 63) Kohoutek, T., Čermák, I. (2009). *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia.
- 64) Komerční banka (2021). *Recese*. Dostupné z <https://www.kb.cz/cs/podpora/slovník/vyrazy-zacinajici-na-r/recese>, ze dne 5. 6. 2021.

- 65) Kondáš, O. (2007). *Škála klasickej sociálnosituačnej anxiety a trémy. Testová príručka*. Bratislava: Psychodiagnostika.
- 66) Krbcová Mašinová, L. *Transformace péče o duševní zdraví*. Projekt transformace péče MZ. Dostupné z https://www.mmr.cz/getmedia/9791df5b-0bc6-4e54-af5f-a2358315803b/PS_26_Transformace-pece-o-dusevni-zdravi.pdf.aspx?ext=.pdf, ze dne 6. 5. 2021.
- 67) Kryl, M. (2001). *Deprese v somatické medicíně*. Interní medicína – mezioborové přehledy. Psychiatrie, 11. 4–8. Dostupné z www.prakticka-medicina.cz, <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2001/11/14.pdf>, ze dne 12. 2. 2022.
- 68) Kryl, M. (2006). *Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese*. Česká a slovenská psychiatrie, 102 (5), 250–255. Dostupné z <https://systemika.gi.cz/record/2067/files/Kryl,.pdf>, ze dne 7. 5. 2022.
- 69) Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: GRADA, Avicenum.
- 70) Křivohlavý, J. (2001, 2003, 2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- 71) Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie. 2., aktualizované vydání*. Grada Publishing.
- 72) Lečbych, M. (2021). *Souvislosti nemoci COVID-19 a duševních poruch: pohled klinicko-psychologické praxe*. Dostupné z <http://psychologie.lecbych.cz/wp-content/uploads/Souvislosti-nemoci-COVID-19-a-dusevni-poruch-20200219.pdf>, ze dne 11. 5. 2021.
- 73) Libigerová, E. (2003). *Úzkost, stres a úzkostné poruchy na počátku 21. století*. Remedia, 6. 442-454. Dostupné z <http://www.remmedia.cz/Okruh-temat/Psychiatrie/Uzkost-stres-a-uzkostne-poruchy-na-pocatku-21-stoleti/8-1ne4.magarticle.aspx>, ze dne 12. 5. 2022

- 74) Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeny, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C., Crawley, E. (2020). *Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 59 (11), 1218-1239. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856720303373>, ze dne 22. 5. 2022.
- 75) Lobošková, A. (2001). *Infekční nemoci*. Praha: Karolinum.
- 76) Löscherová, J. (2020). *Výhledový článek o duševním zdraví v souvislosti s Covid-19*. New England Journal of Medicine. Dostupné z <https://www.fnusa.cz/covid-19-a-nebezpeci-pro-dusevni-zdravi/>, ze dne 29. 7. 2021.
- 77) Malá, E. (2011). *Úzkostné poruchy v dětství*. Česká a slovenská psychiatrie, 107 (2), 99-105. Dostupné z http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2011_2_99_105.pdf, ze dne 11. 5. 2022.
- 78) Malá, E. (2011). *Sociální fobie v dětství*. Pediatrie pro praxi, 12 (2), 76-78. Dostupné z <https://pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2011/02/02.pdf>, ze dne 13. 5. 2022.
- 79) MacTavish, A., Mastronardi, C., Menna, R., Kimberley, A. B., Battaglia, M., Amstadter, A. B., Rappaport, L. M. (2021). *The acute impact of the COVID-19 pandemic on children's mental health in southwestern Ontario*. PsyArXiv. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry, 30 (3), 177-190. Dostupné z doi: 10.31234/osf.io/5cwb4, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8315225/>, ze dne 15. 5. 2022.
- 80) Magson, N. R., Freeman, J. Y. A., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., Fardouly, J. (2020). *Risk and Protective Factor for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic*. J Youth Adolesc, 50 (1), 44-57. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7590912/>, ze dne 14. 5. 2022.

- 81) Mareš, J. (2001). *Sociální opora u dětí a dospívajících*. Hradec Králové: Nucleus.
- 82) Marek, D., Řeháková, M., Franče, V., Pelnář, D. *Ekonomika v době epidemie*. Deloitte, březen 2020, 175, 3-6. Dostupné z https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/cz/Documents/about-deloitte/COVID-19-ekonomicke_dopady.pdf, ze dne 8. 6. 2021.
- 83) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- 84) MY CLINIC (2021). *Dopady pandemie COVID-19 na duševní zdraví dětí a jejich rodin*. Dostupné z <https://www.myclinic.cz/blog/dopady-pandemie-covid-19-na-dusevni-9>, ze dne 13. 8. 2021 <https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-opatruj-se.pdf>, ze dne 13. 8. 2021.
- 85) *Národní centrum distančního vzdělávání, základní informace*. Dostupné z <https://uniportal.osu.cz/showCategory0539.html?kod=83>, ze dne 15. 5. 2022.
- 86) *Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ), výzkum*. Dostupné z <https://www.nudz.cz/vyzkum>, ze dne 17. 6. 2022.
- 87) Neria, Y., Galea, S., Norris, F. H. (2009). *Disaster mental health research: Current state, gaps in knowledge, and future directions*. Dostupné z DOI:10.1017/CBO9780511730030.035,
- 88) https://www.researchgate.net/publication/286655846_Disaster_mental_health_research_Current_state_gaps_in_knowledge_and_future_directions, ze dne 13. 1. 2022.
- 89) NÚV (2021). *Škály měření úzkosti a úzkostlivosti dětí – revize (ŠAD-R)*. Dostupné z <http://archiv-nuv.npi.cz/t/diagnostika/projekt-dis/skaly-mereni-uzkosti-a-uzkostlivosti-u-deti-revize-sad-r.html>, ze dne 11. 5. 2021.
- 90) <https://www.okoronaviru.cz/historie-pandemii/>, ze dne 19. 5. 2021
- 91) Orel, M., Facová, V. (2010). *Stres, zátěž a jejich zvládnání*. Dostupné z <http://docplayer.cz/833466-Stres-zatez-a-jejichzvladani.html>, ze dne 1. 9. 2021.

- 92) Oxford ARC Study. Michele, L., (2020). *Achieving resilience during COVID-19 weekly report*. Dostupné z <http://mentalhealthresearchmatters.org.uk/achieving-resilience-during-covid-19-psycho-social-risk-protective-factors-amidst-a-pandemic-in-adolescents/>, ze dne 17. 5. 2022.
- 93) Pactl, I. (2001). *Specifické aspekty dětských poruch v dětském a adolescentním věku*. *Psychiatrie pro praxi* 5, 212–215. Dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/05/05.pdf>, ze dne 10. 2. 2022.
- 94) Pandya, P. (2020). *Effect on mental health issues during the COVID-19 pandemic*. *British Journal of General Practice*. Dostupné z <https://bjgp.org/content/bjgp/70/697/382.1.full.pdf>, ze dne 8. 6. 2022.
- 95) Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: GRADA Publishing.
- 96) Paz, C., Adana, L., Mascialino, G., Rodriguez, A. (2020). *Behavioral and sociodemographic predictors of anxiety and depression in patients under epidemiological surveillance for COVID-19 in Ecuador*. *PLOS ONE*, 15 (9). Dostupné z <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0240008>, ze dne 31. 5. 2022.
- 97) Pelcák, S. (nedat.) *Psychologie zdraví a nemoci*. Dostupné z https://www.uhk.cz/file/edee/pedagogicka-fakulta/pdf/pracoviste-fakulty/ustav-socialnich-studii/dokumenty/studijni_opory/socialni_komunikace_v_neziskovem_sektoru/psychologie-zdravi-a-nemoci.pdf, ze dne 26. 7. 2021.
- 98) Perlman, D., Peplau, L. A. (1981). *Toward a Social Psychology of Loneliness. Relationships and Disorders*. London: Academic. Press, 31-56. Dostupné z <https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Perlman-Peplau-81.pdf>, ze dne 19. 5. 2022.
- 99) Pfefferbaum, B, North, C.S. (2020). *Mental Health and the COVID-19 Pandemic*. *The New England Journal of Medicine*, 383, 6, 510-512. Dostupné z <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp2008017?articleTools=true>, ze dne 5. 9. 2021.

- 100) Plháčková, A. (2017). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. *Pojem duševní zdraví*. Slovník cizích slov. Dostupné z <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/dusevni-zdravi>, ze dne 14. 5. 2021.
- 101) Praško, J. a kol. (2008). *Deprese a jak ji zvládat. Stop zoufalství a beznaději*. 2. Praha: Portál.
- 102) Praško, J. a kol. (2015). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- 103) Praško, J., Vyskočilová, J., Prašková, J. (2012). *Úzkost a obavy. Jak je překonat*. Praha: Portál.
- 104) Preiss, M., Příhodová, T., Riegel, K. D., Preiss, J., Marková, J. (2021). *Adaptace a psychometrická analýza Dotazníku zvládnání náročných událostí při českou populaci*. *Psychiatrie*, 25 (1), 5-14. Dostupné z <https://pubhtml5.com/hufh/tpyf/basic>, ze dne 10. 8. 2021.
- 105) Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 75(5), 631-643. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000660>, <https://doi.apa.org/fulltext/2020-34995-001.html>, ze dne 16. 5. 2022.
- 106) Racine, N., Mc Artur, B. E., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., Madigan, S. (2021). *Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis*. *JAMA Pediatr*, 175(11), 1142-1150. Dostupné z doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.2482, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34369987/>, ze dne 14. 5. 2022.
- 107) Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M. *et al.* (2021). *Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany*. *European Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>, ze dne 14.5. 2022.

- 108) Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Auquier, P., Cloetta, B., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. (2008). The KIDSCREEN-52 Quality of Life Measure for Children and Adolescents: Psychometric Results from a Cross-Cultural Survey in 13 European Countries. *Value in Health*, 11 (4), 645-658. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301510605426>, ze dne 25.5. 2022.
- 109) Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. a kol. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- 110) Salfellner, H. (2017). *Pandemie španělské chřipky 1918/19 se zvláštním zřetelem na České země a středoevropské poměry*. Praha: Univerzita Karlova. Dostupné z <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/86624/140057056.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, ze dne 30. 8. 2020.
- 111) Savage, M. J. et al. (2020). *Mental health and movement behaviour during the COVID-19 pandemic in UK university students: Prospective cohort study*. *Mental Health and Physical Activity*, Vol. 19. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755296620300417>, ze dne 31.8. 2021.
- 112) Seligmen, M. (2011). *Vzkvétání. Nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody*. Jan Melvil Publishing.
- 113) Shigemura, J., Ursano, J., R., Morganstein, J., C., Kurosawa, M., Benedek, M., N. (2020). *Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target population*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74 (4). Dostupné z <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/pcn.12988>, ze dne 15. 5. 2022.
- 114) Schwarzer, R. (2001) *Social Readjustment Rating Scale (SRRS)*. Dostupné z https://www.researchgate.net/figure/Social-Readjustment-Rating-Scale-SRRS_tbl1_253697724, ze dne 11. 8. 2021.

- 115) Skoupý, T., Ryneš, D., Šára, F., Kuncová, M. (2020). *Historie největších pandemií. Mor a neštovice se vracely po staletích*. Dostupné z <https://www.novinky.cz/clanek/historie-historie-nejvetsich-pandemii-mor-a-nejstovice-se-vcacely-po-staletich-40319922>, ze dne 5. 8. 2021.
- 116) Smith, J. A., Osborn, M. (2007). *Interpretative Phenomenological Analysis. Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*, 51-80. Dostupné z https://research.familymed.ubc.ca/files/2012/03/IPA_Smith_Osborne21632.pdf, ze dne 20. 6. 2022.
- 117) Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, JESSENIUS.
- 118) Soukup, P., Klusáček, J., Kudrnáčová, M. (2020). *Vysokoškolští studenti po třetí vlně pandemie koronaviru*. Sociologický ústav Akademie věd ČR. Dostupné z <https://www.avcr.cz/export/sites/avcr.cz/.content/galerie-souboru/tiskove-zpravy/2021/SOU-Vysokoskolsti-studenti-behem-treti-vlny-pandemie-koronaviru-0410.pdf>, ze dne 22. 5. 2022.
- 119) Stackeová, D. (2011). *Relaxační techniky ve sportu*. Praha: Grada Publishing.
- 120) Státní zdravotní ústav (SZÚ) (2021). *Základní informace o onemocnění novým koronavirem covid-19*. Dostupné z http://szu.cz/uploads/Epidemiologie/Coronavirus/Zakladni_info/zakladni_informace_covid_19_7_aktualizace_09_03_2021_2.pdf, ze dne 4. 5. 2021.
- 121) STEM/MARK pro UNICEF (2020). *Postoje dětí během nouzového stavu v ČR*. Dostupné z <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1598692966.pdf>, ze dne 22. 5. 2022.
- 122) Szabo, S., Tache, Y., Somogyi, Á. (2012). *The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief "Letter" to the Editor of Nature. Stress (Amsterdam, Netherlands)*. 15, 472-8. Dostupné z doi:10.3109/10253890.2012.710919, https://www.researchgate.net/publication/230587557_The_legacy_of_Hans_Selye_and_the_origins_of_stress_research_A_retrospective_75_years_after_his_landmark_brief_Letter_to_the_Editor_of_Nature/citation/download, ze dne 30. 7. 2021.

- 123) Sušová-Salminen, V., Švihlíková, I. (2020). *Pandemie covid-19: konec neoliberální globalizace?* Praha: Argument, 38-49. Dostupné z <http://casopisargument.cz/wp-content/uploads/2021/01/Pandemie-COVID-final.pdf>, ze dne 30. 8. 2021.
- 124) Tang, S., Xiang, M., Cheung, T., Xiang, Y. T. (2021). *Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion*. *Journal of Affective Disorders*, 279, 353-360. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720328603?via%3Dihub>, ze dne 14. 5. 2022.
- 125) Thomeer, M. B., Yahirun, J., Colón-López, A. (2020). *How families matter for health inequality during the COVID-19 pandemic*. *Journal of Family Theory & Review*, 12 (4), 448-463. Dostupné z <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jftr.12398>, ze dne 5. 6. 2021.
- 126) Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
- 127) Tognotti E. (2013). *Lessons from the history of quarantine, from plague to influenza A*. *Emerging Infectious Diseases*, 19, 254-259. Dostupné z doi: 10.3201/eid1902.120312, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3559034/>, ze dne 21. 5. 2021
- 128) Topooco, N., Berg, M., Johansson, S. et al. (2018). *Chat- and internet-based cognitive-behavioural therapy in treatment of adolescent depression: randomised controlled trial*. Cambridge University Press, *BjPsych Open*, 4 (4), 199-207. Dostupné z <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/chat-and-internetbased-cognitivebehavioural-therapy-in-treatment-of-adolescent-depression-randomised-controlled-trial/AF5186174FF70C51CA5D4150A6800E20>, ze dne 8. 8. 2022.

- 129) Tural, Ü., Çoskun, B., Önder, E., Çorapçıoğlu, Yıldız, M., Kesepara, C., Karakaya, I., Aydın, M., Erol, A., Torun, F., Aybar, G. (2005). *Psychological consequences of the 1999 earthquake in Turkey*. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (6), 451-459. Dostupné z <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1007/s10960-004-5793-9>, ze dne 30. 4. 2022.
- 130) Uhlíř, J. (2021). *Dopad pandemie na covidu-19 na duševní zdraví dětí a adolescentů*. *Pediatric pro praxi*, 22 (6), 370-372. Dostupné z https://www.pediatricpropraxi.cz/incpdfs/ped-202106-0001_10_001.pdf, ze dne 14. 5. 2022.
- 131) UJC AVČR – Ústav pro jazyk český, Akademie věd České republiky (2020). Dostupné z <https://ujc.avcr.cz/jazykova-poradna/zajimave-dotazy/201022-lockdown.html>, ze dne 31. 5. 2021.
- 132) Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- 133) Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum.
- 134) Vágnerová, M. (2014) *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- 135) Van Griensven, F., Chakkraband, M. L. S., Thienkrua, W., Pengjuntr, W., Cardozo, B. L., Tantipiwatanaskul, P., Mock P. A., Ekassawin, S., Varangrat, A., Gotway, C., Sabin, M., Tappero, J. W. (2006). *Mental health problems among adults in tsunami-affected areas in southern Thailand*. *JAMA*, 296 (5), 537-548. Dostupné z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16882960/>, ze dne 30. 4. 2022.
- 136) Vaňásková, E., Bednář, M. (2013). *Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění*. *Neurologie pro praxi*, 14 (3), 133-135.
- 137) Vigo, D., Patten, S., Pajer, K. (2020). *Mental Health of Communities during the Covid-19 Pandemic*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65 (10), 681-688. Dostupné z <https://doi.org/10.1177/0706743720926676> <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743720926676>, ze dne 15. 5. 2022.

- 138) Vodáčková, D. (2002). *Krizová intervence. Krize v životě člověka. Formy krizové pomoci a služeb*. Praha: Portál.
- 139) Vokurka, H., Hugo, J. a kol. (1998). *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf.
- 140) Vymětal, J. a kol. (2007). *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada.
- 141) Warma, P., Junge, M., Meaklim, H., Jackson, M. L. (2021). *Younger people and more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey*. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584620305522>, ze dne 3. 3. 2022.
- 142) World Health Organization (2020): *Coronavirus disease (COVID-19) outbreak technical guidance EUROPE*. Dostupné z <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/noncommunicable-diseases/mental-health-and-covid-19>, ze dne 21. 5. 2021.
- 143) WHO (nedat.). *Constitution*. Dostupné z <https://www.who.int/about/governance/constitution>, ze dne 15. 6. 2021.
- 144) WHO (nedat.). *Mental Health*. Dostupné z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>, ze dne 15. 6. 2021.
- 145) Wilson, E. M. (1995). *Travel and Emergence of Infectious Diseases*. *Perspective*, 1 (2), 39–46. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626831/pdf/8903157.pdf>, ze dne 19. 5. 2021.
- 146) Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., Zhu, K., Liu, Q., Zhang, J., Song, R. (2020). *Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China*. *JAMA Pediatrics*, 174 (9), 898-900. Dostupné z <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619>, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7182958/>, ze dne 14. 5. 2022.

- 147) Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. Ch., Wang, J. Q., Chen, J. Ch., Liu, M., Chen, X., Chen, J. X. (2020). *Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the out break of COVID-19*. European Child and Adolescent Psychiatry, 29, 749-758. Dostupné z <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-020-01541-4>, ze dne 16. 5. 2022.
- 148) Zhuo, R., Yu, Y., Shi, X. (2022). *Family Resilience and Adolescent Mental Health during COVID-19: A Moderated Mediation Model*. Int J Environ Res Public Health, 19 (8). Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9028193/>, ze dne 7. 6. 2022.
- 149) Zormanová, L. (2021). *Distanční výuka pohledem učitelů, rodičů a žáků*. Metodický portál: Články [online], 4. 11. 2021. Dostupné z <https://clanky.rvp.cz/clanek/22968/DISTANCNI-VYUKA-POHLEDEM-UCITELU%2C-RODICU-A-ZAKU.html>, ze dne 8. 8. 2022.

Seznam příloh

Příloha 1: Seznam grafů a Seznam tabulek

Příloha 2: Použité zkratky

Příloha 3: Abstrakt rigorózní práce

Příloha 4: Abstract of rigorous work

Příloha 5: Schéma rozhovoru a seznam otázek

Příloha 6: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci rigorózní práce

Příloha 1: Seznam grafů a Seznam tabulek

Seznam grafů

Graf 1: Výzkumný soubor	72
-------------------------------	----

Seznam tabulek

Tabulka 1: Změny v důsledku pandemie COVID-19 a restriktivních opatření	92
Tabulka 2: Distanční výuka.....	94
Tabulka 3: Rodinné vztahy.....	97
Tabulka 4: Denní režim.....	98
Tabulka 5: Zdraví	98
Tabulka 6: Rutina studijního a osobního života	100
Tabulka 7: Stresory	102
Tabulka 8: Zdroje pomoci (copingové strategie)	103
Tabulka 9: Dopad na duševní zdraví.....	104

Příloha 2: Použité zkratky

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (porucha pozornosti s hyperaktivitou)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného selhání imunity)
AVCR	Akademie věd České republiky
BID	The Bellevue Index of Depression (Bellevueský dotazník deprese)
COVID-19	Coronavirus disease 2019 (onemocnění koronavirem)
CNS	centrální nervová soustava
DZNU	Dotazník zvládání náročných událostí
EU	European Union (Evropská unie)
GAS	general adaptive syndrome (obecný adaptační syndrom)
H1N1	onemocnění virem chřipky A
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
HRQoL	Health-related quality of life (kvalita života)
ICD	International Classifications of Diseases
IPA	Interpretative Phenomenological Analysis (Interpretativní fenomenologická analýza)
KSAT	Škála klasického strachu, sociálně situační anxiety a trémy
LCU	life change unit (jednotku životní změny)
MERS-CoV	Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize
NÚDZ	Národní ústav duševního zdraví
OSN	Organizace spojených národů
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
SARs-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome-related Coronavirus
SDDSS	Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá
SRRS	Škála sociální readjustace (The Social Readjustment Rating Scale)
SUDS	Škála úzkostnosti Dolejš a Skopal
SZÚ	Státní zdravotní ústav
SWB	subjective well-being (osobní pohoda)
ŠAD-R	Škála měření úzkosti a úzkostlivosti dětí
ÚJC	Ústav jazyka českého

UNESCO United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
(organizace OSN pro vzdělání, vědu a kulturu)

UNICEF United Nations Children's Emergency Fund (Dětský fond Organizace
spojených národů)

Příloha 3: Abstrakt rigorózní práce

Název práce: **Dopad pandemie COVID-19 na duševní zdraví adolescentů**

Autor práce: Mgr. et Mgr. Vanda Štědrá

Počet stran a znaků: 118 (235 132 znaků)

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 149

Abstrakt:

Rigorózní práce se zabývá dopadem pandemie COVID-19 na duševní zdraví adolescentů. Teoretická část je rozdělená do 4 kapitol. První kapitola je věnována základním pojmům a teoriím zdraví a problematice duševního zdraví. Druhá kapitola se zaměřuje na charakteristiku zátěžových situací a mechanismy jejich zvládnutí. Třetí kapitola popisuje pandemii COVID-19 s jejími důsledky a čtvrtá kapitola se zabývá charakteristikou vývojového období adolescence. Výzkumné šetření vycházelo z kvalitativní metodologie. Výzkumné otázky se zaměřily na prožívání pandemie COVID-19 adolescenty, na zjištění stresových faktorů pandemie a volbu copingových strategií adolescentů při vyrovnávání se s pandemií. Zkoumaný soubor tvořilo celkem 10 respondentů, se kterými byl proveden polostrukturovaný videorozhovor v aplikaci Teams. Analýza dat proběhla za použití Interpretativní fenomenologické analýzy. Výsledky přináší rozbor individuálních příběhů respondentů. Informují o změnách, které pandemie promítla do jejich života. Sociální izolace je v rozporu s vývojovou potřebou adolescentů, znamenala pro většinu respondentů stresový faktor, který jim nejvíce zasáhl do života a u některých z nich měl dopad na duševní zdraví. Výsledky také poukazují na problematiku virtuálního prostředí a význam rodiny pro adolescenta v kontextu pandemie. Mezi zdroje pomoci pro adolescenty v době pandemie patří podpora přátel, rodiny, pohybové a zájmové aktivity.

Klíčová slova: adolescence, coping, duševní zdraví, pandemie COVID-19, stresory

Příloha 4: Abstract of rigorosis work

Title: The impact of the COVID-19 pandemic on adolescent mental health

Author: Vanda Štědrá

Number of pages and characters: 118 pages, (235 132 characters)

Number of appendices: 6

Number of references: 149

Abstract:

This thesis examines the impact of COVID-19 pandemic on the mental health of the adolescents. The theoretical part is divided into 4 chapters. The first chapter is devoted to the basic concepts and theories of health and mental health issues. The second chapter focuses on the characteristics of stressful situations and coping mechanisms. The third chapter describes the COVID-19 pandemic and its consequences and chapter four discusses the characteristics of the developmental period of adolescence. The research investigation was based on a qualitative methodology. The research methods focused on the adolescents' experiences of the COVID-19 pandemic, the finding of the stressor factors of the pandemic and the choice of coping strategies in dealing with it. The studied population consisted of a total of 10 respondents, 5 males and 5 females with whom a semi-structured video interview was conducted via the Teams application. The analysis of the data was conducted using the Interpretative Phenomenological Analysis. The results are presented in the analysis of the individual stories of the respondents. They inform about the changes that the pandemic has projected on their lives. Social isolation is contrary to the developmental needs of the adolescents and for most respondents meant the stressor factor which most affected their lives and for some of them had an impact on their mental health. The results also highlight the issue of virtual environment and the importance of the family for the adolescents in the context of the pandemic. The sources of help for the adolescents during the pandemic include the support from friends and family, physical and leisure activities.

Keywords: adolescence, coping, COVID-19 pandemic, mental health, stressors

Příloha 5: Schéma rozhovoru a seznam otázek

Úvodní část rozhovoru byla zahájena představením se, vysvětlením obsahu, cíli a účelu výzkumu a neformální konverzací k navození přirozené atmosféry. Následovaly dotazy k získání základních údajů o respondentovi. Vlastní explorace obsahovala otázky, vztahující se ke třem tematickým okruhům. Otázky byly zaměřené na změny v životě adolescentů, které s sebou pandemie přinesla, zda měla protiepidemická opatření vliv na jejich duševní zdraví, zda a jakým způsobem tyto změny zasáhly jejich mezilidské vztahy a jakým způsobem ovlivnila pandemie COVID-19 jejich postoj ke zdraví. Druhým tematickým okruh tvořily otázky zjišťující, jaké zdroje stresu udávali adolescenti v souvislosti s pandemií COVID-19 a restriktivními opatřeními. Třetí tematický okruh otázek zjišťoval, jakým způsobem se adolescenti vyrovnávali s přicházejícími změnami, co jim pomáhalo situaci zvládat.

Seznam otázek:

Jakým způsobem se odrazila pandemie COVID-19 a následný lock-down na Vašem životě?

Změnil se Váš způsob života?

Co bylo pro Vás nejtěžší?

Jak se potíže projevovaly?

Jak vnímáte rodinné vztahy v době pandemie COVID-19, změnily se, jak?

Jakým způsobem komunikujete se svými vrstevníky, přáteli, širší rodinou?

Jak na Vás působí distanční výuka?

Jak probíhal Váš běžný všední den před pandemií COVID-19?

Jak probíhá Váš běžný všední nyní?

Jaké jsou Vaše největší obavy?

Jaké jsou Vaše záliby?

Jakým způsobem relaxujete?

Co nebo kdo je pro Vás zdrojem podpory? Co děláte, abyste se cítil/a lépe?

Jaké máte plány do budoucna?

Co byste udělal s odstupem času jinak?

Jaký máte názor na onemocnění COVID-19? Máte s onemocněním COVID-19 osobní zkušenost, jakou?

Pokud byste měl/a možnost se nechat naočkovat, využil/a byste jí a z jakého důvodu?

Co byste vzkázal/a lidem ohledně pandemie COVID-19 a zdraví?

Příloha 6: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci rigorózní práce

Název práce: **Dopad pandemie COVID-19 na duševní zdraví adolescentů**

Autor práce: Mgr. et Mgr. Vanda Štědrá

Termín realizace: duben až červen 2021

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti výzkumu „Dopad pandemie COVID-19 na duševní zdraví adolescentů“, kterého se chci dobrovolně účastnit. Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledků v rámci uvedené rigorózní práce. Rovněž jsem byl informován/a autorkou výzkumu, že bude náš rozhovor nahráván, s čímž souhlasím a o možnosti kdykoliv ukončit svou účast ve výzkumu.

Dne:

Jméno a příjmení účastníka:

Podpis: