

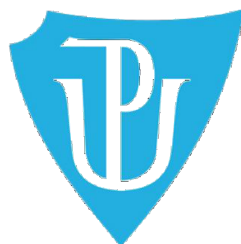
Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**COPINGOVÉ STRATEGIE STUDENTŮ ČESKÝCH
VYSOKÝCH ŠKOL A JEJICH SOUVISLOST S DUŠEVNÍM
ZDRAVÍM BĚHEM PANDEMIE COVID-19**

COPING STRATEGIES OF CZECH STUDENTS IN RELATION TO
MENTAL HEALTH DURING PANDEMIC COVID-19



Bakalářská diplomová práce

Autor: Bc. Aneta Augustinová
Vedoucí práce: Mgr. Ondrej Gergely

Olomouc
2022

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu bakalářské diplomové práce Mgr. Ondreji Gegelymu za jeho odborné vedení, podnětné návrhy pro zlepšení práce a vždy rychle poskytnutou zpětnou vazbu. Velké díky patří také všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumu a bez nichž by práce nemohla vzniknout. Děkuji Vám.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: Copingové strategie studentů českých vysokých škol a jejich souvislost s duševním zdravím během pandemie Covid-19 vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Obsah

Úvod.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Stres a stresory	7
1.1. Vymezení stresu a průkopníci termínu	7
1.2. Stresová reakce v čase a onemocnění	10
1.2.1. Fyzické potíže v reakci na stres.....	10
1.2.2. Psychické potíže v reakci na stres	11
1.3. Vysokoškoláci a stres	13
1.4. Vnímaná úroveň stresu vysokoškoláky během pandemie	15
2. Copingové strategie	17
2.1. Vymezení termínu a druhy copingových strategií	17
2.2. Jak se měří copingové strategie	19
2.3. Copingové strategie vysokoškoláků.....	20
2.4. Copingové strategie vysokoškoláků během pandemie	22
3. Duševní zdraví vysokoškoláků	25
3.1. Duševní zdraví a jeho vymezení	25
3.1.1. Deprese (depresivní porucha)	26
3.1.2. Úzkost a úzkostná porucha	28
3.2. Duševní zdraví a vysokoškoláci	29
3.3. Duševní zdraví vysokoškoláků během pandemie	30
3.3.1. Psychosociální zátěž a souvislost s duševním zdravím	32
3.3.2. Biologická zátěž a souvislosti s duševním zdravím.....	33
EMPIRICKÁ ČÁST	
4. Výzkumný problém, cíle výzkumu, výzkumné hypotézy	36
4.1. Výzkumný problém.....	36
4.2. Cíle výzkumu	37

4.3. Výzkumné hypotézy	38
5. Aplikovaná metodika	38
5.1. SVF-78	39
5.2. DASS-21	41
6. Výběrový a výzkumný soubor, sběr dat, etika výzkumu.....	42
6.1. Popis výzkumného souboru	43
6.2. Etika výzkumu	45
7. Práce s daty a výsledky výzkumu	45
7.1. SVF-78	45
7.2. DASS-21	48
7.3. Ověření hypotéz	48
8. Diskuze	55
9. Závěry	59
10. Souhrn.....	60
Zdroje	63

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské diplomové práce⁷⁵

Příloha č. 2: Abstrakt bakalářské diplomové práce v anglickém jazyce

Příloha č. 3: Seznam tabulek

Příloha č. 4: Seznam obrázků a grafů

Úvod

Na konci roku 2019 byly popsány první klinické případy onemocnění Covid-19 v čínském Wu-chanu jako pneumonie nejasného původu. Později bylo prokázáno, že původcem onemocnění je nově identifikovaný β -koronavirus, označený jako SARS-CoV-2. Onemocnění jím vyvolané bylo následně označeno jako Covid-19 (coronavirus disease 2019). Během roku 2020 došlo k masivnímu rozšíření nového koronaviru do všech částí světa. Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) 30. ledna 2020 vyhlásila stav ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu a později šíření infekce označila za pandemii. Onemocnění probíhá u většiny infikovaných jedinců mírnou formou, ale hrozí riziko rozvoje závažné pneumonie, syndromu akutní respirační tísně, septického šoku nebo multiorgánového selhání. Popsána byla i následná zdravotní rizika označována jako „post-Covid syndrom“ nebo „long covid“ (Kamal, Abo Omirah, Hussein, & Saeed, 2021; Trojánek et al., 2020).

Po odeznění akutní fáze první vlny pandemie se začaly objevovat první znepokojující informace o zhoršení duševního zdraví napříč populací. Buchtová & Kusnieriková (2020, 6) k dlouhotrvající pandemii (resp. chronické stresové zátěži) dodávají „...krize snížila adaptační kapacitu některých z nás a tím pádem více či méně aktuálně i běžné požadavky mohou ohrožovat u některých lidí jejich duševní zdraví.“ Mezi podstatně ohroženou skupinu patří mladí dospělí a studenti, na které se tato práce zaměřuje. Konkrétně se budeme zabývat studenty českých vysokých škol a jejich copingovými strategiemi v souvislosti duševního zdraví. Cílem práce je prozkoumat uplatněné copingové strategie u studentů neklinické populace během páté vlny pandemie. Dalším cílem je prozkoumat souvislost uplatněných copingových strategií s duševním zdravím (resp. symptomy stresu, úzkosti a deprese) studenta v kontextu pandemie. V českém prostředí nebylo dosud provedeno mnoho studií zaměřujících se na toto téma a předkládaná práce by mohla být přínosem pro případné intervence zaměřující se na zvládnutí krizových životních událostí studentů.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. První zmíněná část vymezí teoretická východiska zvoleného problému a druhá část se zaměří na metodologii provedeného výzkumu a interpretaci výsledků získaných dat.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Stres a stresory

V úvodní kapitole práce se zaměříme na stručné vymezení stresu, významné psychologické teorie, stresovou reakci v čase a nastíníme fyzické a duševní obtíže, které se společně se stresem mohou objevit. V poslední podkapitole se zaměříme na fenomén akademického stresu, se kterým se běžně setkávají studenti vysokých škol a úroveň vnímaného stresu u studentů během pandemie Covid-19. Tato úvodní kapitola nám později pomůže při vymezení copingových strategií a pochopení souvislostí s duševním zdravím.

1.1. Vymezení stresu a průkopnický termín

Hartl & Hartlová (2010) definují stres jako nadměrnou zátěž, ze které není úniku a může vést k trvalé stresové reakci, vyústit ve tkáňové poškození, vést k poruše adrenokortikálních funkcí, příp. k psychosomatickým poruchám. Autoři poukazují na nadužívání pojmu širokou veřejností a označují termín též jako tzv. „chorobu století“. Nejprve byl stres definován jako negativní emocionální zážitek (tzv. *distres*), který doprovází řada změn v organismu jedince – biochemických, fyziologických, behaviorálních a kognitivních. V současné době obvykle spojujeme *distres* se stresogenní situací, jejíž míru není jedinec schopen zvládnout. Někdy též hovoříme o tzv. *nadlimitní zátěži*. O stresu však můžeme uvažovat také ve spojení s kladným emocionálním zážitkem (tzv. *eustres*). *Eustres* je z pravidla spojován s vlastní iniciativou člověka a pozitivním zážitkem (Křivohlavý, 2001). Obecně stresové mechanismy neoddelitelně patří do života jedince – v mírné dávce stimuluje k výkonu a v případě ohrožení života nás zachraňují. Za nedostatek stresového mechanismu můžeme považovat fakt, že se reakce spouští nejenom v účelných situacích, ale také neúčelně, což může být pro jedince přímo škodlivé. Zejména pak proto, že stresovou odpověď nevyvolávají pouze dlouhodobé a náročné životní situace, ale i drobné nesnáze, konflikty s okolím a každodenní potíže (Večeřová Procházková & Honzák, 2008).

Janke & Erdmann (2003) chápou stres jako psychický a somatický stav, který znamená deletrující a/nebo silnější odchylku od obvyklé úrovně excitace. Stres je odvozován ze somatických (nebo-li vegetativních – tzn. zvýšená aktivita sympatického systému a aktivace nadledvinek a produkce hormonů adrenalinu a kortikosteroidů) a psychických změn (tzn. změny v emočním prožívání, vnitřní vzrušení nebo napětí, výkon cílené i bezcílné činnosti a jednání). Jako základní stresové hormony označujeme *adrenalin* a *kortizol*. Jako *stresor* označujeme

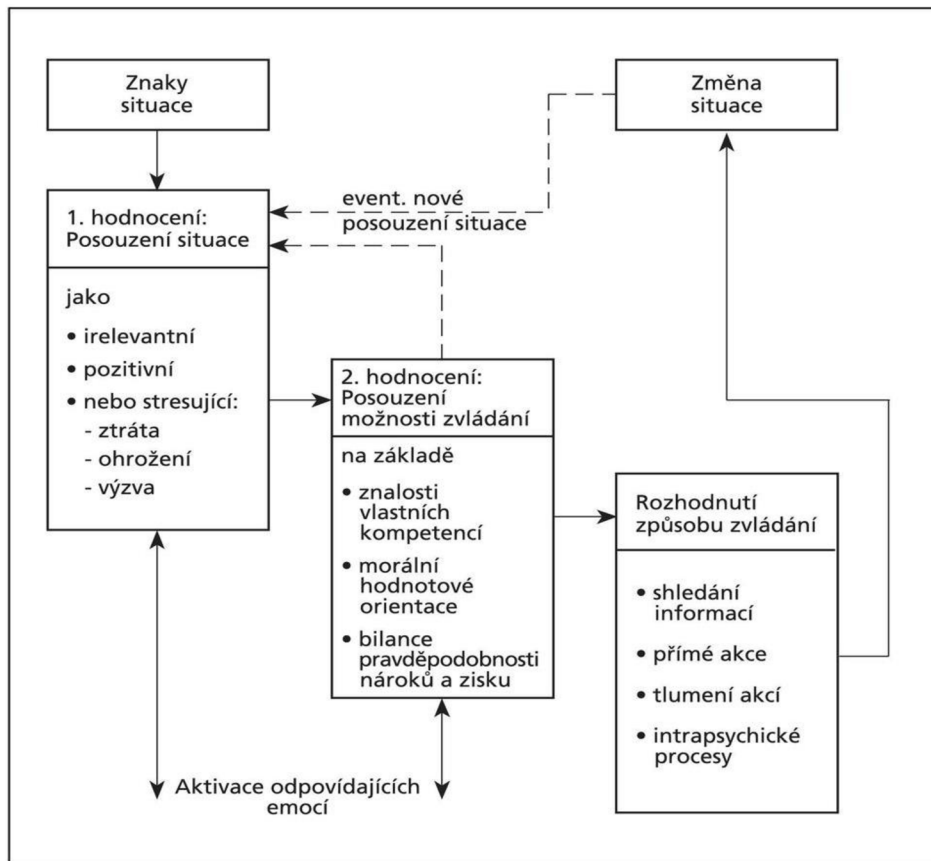
činitel vnějšího prostředí, který vyvolává stresovou odezvu v organismu. Stresor může působit izolovaně nebo jako souhra několika stresorů. Nejvýznamnějšími stresory jsou hluk, světlo, hlad a životní traumata (Hartl, 2004).

S původními teoriemi stresu se pojí jména W. B. Cannona, H. Selyeho a R. S. Lazaruse. *Cannova teorie* je významná především popisem typických fyziologických projevů stresu, které se odlišují od relaxovaného stavu. Jedná se o tachykardii, hypoglykémii, rozšíření zornic, piloerecti a rychlejší hemokoagulační reakci. Tyto projevy sloužily evolučně k rychlému výdeji energie při boji nebo útěku a současně pro snížení vnímání bolesti. Tato teorie hovoří o tzv. *základním typu obrany – fight or flight*. Na tuto teorii později navazuje teorie *alostázy*, kterou se zabývali Sterling & Eyer (1981). Další rozpracování přináší McEwen & Stellar (1998), kteří zavádějí pojem *alostatická zátěž*. Chování jedince je posuzováno z hlediska působení podnětu na osobnost v sociálním kontextu. Analyzuje se, zda se jedná o ohrožení (známým nebo neznámým podnětem) nebo ne, dle toho může vzniknout reakce. Pokud je původ neznámý, vzniká úzkost a ostražitost. Pokud je původ známý, reakce může být úspěšná, zmařená – bezradnost, útok, riskantní chování, nákladná – útok, riskantní a sebepoškozující chování. Prožitky a chování jsou vždy individuálně rozdílné. Mezi biologickými reakcemi rozlišujeme *mediátory* (látky vznikající v mozku, autonomní nervový systém a neuroendokrinní systém) a *efektory* (imunitní systém, kardiovaskulární systém, tuková a svalová tkáň) (Baštecká, et al., 2015).

Selye popisuje stres jako odezvu organismu na porušení homeostázy. Svoji teorii zkoumal autor laboratorně na krysách a dle výsledků laboratorních výzkumů popisuje *obecný adaptační syndrom (GAS)* či stresovou reakci, která má tři fáze – *poplach* (dochází k vyplavení adrenalinu, tachykardii, hypertenzi, hyperventilaci – evolučně pro rychlejší útěk nebo útok), *odpor/rezistence* (opak poplachové fáze, dochází ke zvýšené schopnosti odolávat poškození nad běžnou úroveň), *vyčerpání* (konečná fáze, kdy dochází k nevratnému poškození, pokud by stresor působil nadále) (Baštecká, et al., 2015).

Lazarus (1966) přichází s psychosociální teorií stresu a rozlišuje tři typy stresu – *újmá, ohrožení, výzva* a tvrdí, že se člověk neustále vyrovnává s tlaky okolního prostředí, které kognitivně hodnotí. Stresovou reakci chápe jako *transakční jev*, kdy dochází k ohodnocení osobního významu stresu jedincem samým, a proto nelze stres vymezit objektivně. Transakční model této teorie zobrazuje model níže.

Obrázek č. 1: Transakční model psychologického stresu (Lazarus, 1981)



Vždy záleží na posouzení emočního významu stresoru jedincem. Autor popisuje poznávací procesy, které jedinec zapojuje v situaci, kterou vnímá jako přesahující osobní adaptační zdroje. Dochází ke kognitivnímu ohodnocení zátěžové situace (*appraisal*) – proběhnout může vědomě nevědomě. Toto ohodnocení probíhá ve dvou fázích. Nejprve dojde k primárnímu ohodnocení (*primary appraisal*), které odpoví, zda je daný podmět ohrožující či nikoliv. Zhodnocení se dělí na *irelevantní*, *pozitivní* a *stresové*. Mezi stresové řadí poškození, popř. ztrátu (*loss*), hrozbu či anticipaci ztráty (*threat*) a výzvu (*challenge*), kdy se situace sice jeví obtížně zvládnutelná, ale existuje pravděpodobnost nalezení vhodného východiska. Později dochází k sekundárnímu ohodnocení (*secondary appraisal*), kdy jedinec zodpovídá otázku, zda situaci zvládne, případně jak. Tzn., že jedinec se snaží najít konkrétní způsoby zvládnutí nastalé situace. Dále může dojít k přehodnocení nebo-li převažování (*reappraisal*), kdy jedinec znovu hodnotí situaci z hlediska ohrožení a možné zdroje ke zvládnutí situace. V podstatě se jedná o zjištění efektivity užitých postupů v boji se stresem a nemocí (Baštecká et al., 2015; Lazarus,

1966). Konkrétní strategie, jak člověk stres jako zátěž zvládá podle transakční teorie stresu představíme dále.

1.2. Stresová reakce v čase a onemocnění

Co se týká stresové reakce v čase rozdělujeme *akutní, chronický a intermitentní stres*. Časové ohraničení jednotlivých typů stresu není jasně definované, ale setkáváme se s typickým vymezením, které zde uvedeme. Akutní stres je charakteristický výzvou a možností aktivního řešení. Jedinec je schopný situaci vyřešit ihned a mít nad ní kontrolu. Naopak dlouhotrvající, vleklou zátěž, s níž se jedinec není schopný vyrovnat a řešit ji ihned, označujeme jako tzv. chronický stres. Termínem intermitentní stres rozumíme každodenní starosti a těžkosti (v anglické literatuře též jako „*hassles*“), se kterými se běžně každý setkáváme. Jedná se o propojení akutního a chronického stresu (Baštecká et al., 2015; Orel et al., 2014). Ukazuje se, že chronický stres může způsobovat atrofii mozkové hmoty a současně snížení její hmotnosti. To dále způsobuje rozdíly v reakci na stres, poznání a paměti. Změny a jejich rozsah závisí na intenzitě a době trvání stresu (Lupien et al., 2009). Stres ovlivňuje kompletně celý organismus a negativní důsledky působení stresu na organismus zkoumá celostní medicína. V reakci na stres se podílejí různé faktory – hormony (adrenalin a kortizol), neuroendokrinní mediátory, peptidy a neurotransmitery. Mnoho fyzických obtíží se může objevit v reakci na stres, zejména pokud je stres dlouhodobý a závažný (Adam et al., 2019; Paulík, 2012).

1.2.1. Fyzické potíže v reakci na stres

Stres může způsobit akutní infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu, chronické srdeční selhání, stresovou hypertenzi, poruchy spánku, peptický gastroduodenální vřed, akutní peptické vředy, dyspepsii, dráždivý tračník, chronické bolesti zad, chronické svalové napětí, oslabení obranyschopnosti organismu, zvýšené riziko nádorového bujení, poruchy rozmnožovací soustavy a pokles sexuální aktivity (Orel et al., 2014, Yaribeygi et al., 2017). Aldwin (2007) zdůrazňuje závažnost dlouhodobého pracovního stresu, chudoby, přetížení rolí a traumat. Jak již bylo zmíněno, prožitky a chování jedince jsou individuálně rozdílné a tím lze vysvětlit i velkou variabilitu ve vzniku výše zmíněných potíží v reakci na stres. Křivohlavý (2001) hovoří o odlišnosti ve *vulnerabilitě* jedince a predispozici k nemoci, která může být v reakci na stres rozvinuta. Ke vzniku nemoci je potřeba dvou faktorů – vrozené predispozici a vystavení se stresoru. V 60. letech minulého století byla považována jako *riziková osobnost typu A*, která byla charakterizována netrpělivostí, agresivně asertivním přístupem, rychlým jednáním

a všeobecně zvýšenou dynamikou. U tohoto osobnostního typu bylo předpokládáno rychlejší opotřebenání organismu. Později byl tento typ nahrazen *osobností typu D*. Ta je charakterizována vysokou potřebou dosahování výkonu, negativně laděnou afektivitou a sociální inhibicí. U tohoto typu osobnosti bylo prokázáno zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění a dalších zdravotních problémů (Večeřová-Procházková & Honzák, 2008). Jedním z nejzávažnějších důsledků působícího stresu (zejména dlouhodobého) je úbytek neuronů. To může v pozdějším věku vést k rychlejšímu nástupu neurodegenerativních onemocnění jako je Alzheimerova choroba, jiné demence atd. Výčet fyzických potíží spojených s reakcí na stres je rozsáhlý a důsledky chronického stresu by neměly být brány na lehkou váhu. Jako ochranný faktor se ukazuje odolnost jedince.

1.2.2. Psychické potíže v reakci na stres

Paulík (2012) rozlišuje psychické důsledky stresu na *krátké emoční a behaviorální reakce a dlouhodobé změny v chování a poruchy duševního zdraví*. Jak nám je již známo, se stresem se setkáváme během tzv. životních událostí a životních krizí. *Životní událost* je definována jako skutečnost, která se vyskytne náhle a nezávisle na vůli jedince. Může však nepříznivě ovlivnit jeho dosavadní životní styl. Škálu pro měření stresové závažnosti životní události sestavil Holmes & Rahe (1967). Vysoký skóre životních změn bývá spojován se vznikem onemocnění (Baštecká et al., 2015). *Životní krize* je spojována se ztrátou duševní rovnováhy, ale není považována za onemocnění. Jedná se o akutní zátěž, která hraničí s odolností jedince a hrozí při ní ztráta navyklých zvládacích mechanismů. V těchto případech je vhodné využít podpory pomocí krizové intervence (Heretik, 2007).

Poruchy, které vznikají v reakci na závažnou stresovou zátěž řadíme dle MKN-10 (2021) mezi *Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40-F48)*. *Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43)* se liší od ostatních duševních poruch tím, že zahrnují poruchy, které lze identifikovat nejen na základě symptomatologie a průběhu, ale také na základě odhalení souvislosti výjimečně zatěžující životní události (vyvolávající akutní reakci na stres), nebo významné životní změny (vedoucí k trvale nepříznivým okolnostem), kdy tyto změny vedou k poruše adjustace. Typicky se jedná o situace, kdy se jedinec setká s nadměrně zatěžující životní události, vyvolávající reakci na stres, nebo významné životní změny, které vedou k trvale nepříznivým okolnostem. Nastat může také porucha

přízpůsobení. Případně vzniklá onemocnění jsou považována za maladaptivní odpověď na těžký nebo trvalý stres za současného selhání mechanismů úspěšného zvládnání zátěže.

Onemocnění jsou řazena do následujících podkategorií. *Akutní stresová reakce (F43.0)* – přechodná porucha, rozvinutá bez předchozí zjevné duševní poruchy. Jedná se o reakci jedince na závažný fyzický a duševní stres a odezní do několika hodin či dní. Pozorujeme zúžení pole vědomí, snížení pozornosti, dezorientaci, příp. disociaci, agitaci, roztěkanost, úzkost, tachykardii, pocení apod. *Posttraumatická stresová porucha (F43.1)* – vleklá nebo opožděná reakce na stresovou událost či situaci mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy. Typické jsou tzv. „flashbacks“ – epizody znovuožívání traumatu ve vzpomínkách, snech nebo nočních můrách. Pozorujeme emoční oploštělost, sociální izolaci, netečnost, anhedonii a vyhýbání se činností a situacím, připomínající traumatický zážitek, příp. hyperaktivitu, zvýšenou bdělost, úlekové reakce, nespavost, úzkost, depresi a suicidální myšlenky. Autoři se neshodují ve vymezení spouštěče PTSD. K problematice vymezení PTSD se vyjadřuje Hašto a Vojtová (2012), kteří upozorňují, že se typická symptomatika objevuje i u klientů, kteří nezažili událost katastrofického rozsahu a nesetkali se se zážitkem blízké smrti. *Porucha přízpůsobení (F43.2)* – vzniká při adaptaci na velkou životní změnu nebo stresovou životní událost – např. úmrtí v rodině, jiná ztráta druhé osoby, nastalá samota, stěhování, emigrace. Pozorujeme subjektivní obtíže a emoční poruchy, které zasahují do sociální oblasti i výkonu jedince. Hlavní příznaky jsou depresivní nálady, úzkosti, přetrvávající strach, pocit neschopnosti vyřešit situace, plánovat a pokračovat v současnosti, změny v běžných denních činnostech, poruchy chování. Mohou vznikat jako součást vývojového přechodu nebo životní krize – např. školní docházka, rodičovství, senium. Předpokládá se, že porucha nemůže vzniknout bez stresoru. V případě neléčených případů mohou vyústit v chronické problémy jako je např. porucha emocí, porucha chování (zejména v dospívání), nebo deprese se sebevražedným jednáním. Z tohoto důvodu je potřebné se jimi zabývat ve smyslu prevence, odhalování a léčby (Heretik, 2007; Kryl, 2004; ÚZIS, 2021).

Více než bodové skóre a objektivní popis závažnosti událostí nám zřejmě o prožívání stresu přiblíží kvalitativní práce se zaměřením na subjektivní prožívání stresu jedincem – dle toho se budou lišit i klinické závěry klient od klienta. Nepochybně životní zkušenosti nám mohou být oporou pro budoucí zvládnání stresové zátěže a tím také možný vznik onemocnění.

1.3. Vysokoškoláci a stres

Nyní se přesuneme od obecného pojetí stresu do akademického prostředí. Během studia na vysoké škole vysokoškolští studenti zažívají významné množství stresorů. Období přechodu na vysokou školu je významným milníkem adolescence a mladé dospělosti, kdy jedinec zažívá množství nových situací, změnu životního stylu, adaptaci na nové sociální prostředí, vystavuje se novým kulturám a poznává alternativní způsoby myšlení (Bhujade, 2017). V souvislosti s oddalujícím vstupem do dospělosti po čas studia na vysoké škole se setkáváme s pojmem *emerging adulthood* (vynořující se dospělost). Arnett (2007) spojuje toto období s demografickými změnami postmoderní společnosti, kdy se jedinci déle vzdělávají, později vstupují do manželství a odkládají rodičovství a nástup do zaměstnání. Období trvá cca v období 18-25 let. Konec období se vyznačuje přejetím závazků a strukturou života dospělého, kdy jedinec funguje v dlouhodobém partnerství, přijme roli rodiče a vykonává stále povolání. Je třeba si ale uvědomit, že konec období je velmi variabilní a může se jednat až o hranici 29 let. Jako pět znaků vynořující se dospělosti autor uvádí – hledání identity, zkoušení možností, nestabilita, zaměření na sebe, pocity „být někde mezi“. Dále bychom toto období mohli spojovat s ekonomickou nestabilitou, zmatením rolí a nejistotou.

Bhujade (2017) uvádí jako významné stresory tohoto období např. časový tlak, obavu z neúspěchu, boj o vytvoření identity, tlak na výkon, soutěživost. Psychické obtíže, které se konkrétně v reakci na stres mohou objevit jsou následující – únava, uvědomovaný stres, úzkost, deprese, problematické vztahy, poruchy příjmu potravy. Objevují se také pocity osamělosti, pocity nízké sebehodnoty, přílišné obavy, otázky smyslu života. Autoři Bedewy & Gabriel (2015) rozdělují stresory v akademickém prostředí do čtyř oblastí – *tlak na výkon* (pojící se s úspěchem u zkoušek, soutěživým prostředí mezi spolužáky, očekávání rodičů, kritiky od vyučujících), *vnímání pracovní zátěže* (zejména nadměrná pracovní zátěž jako plnění projektů, obavy ohledně zvládnutí zkoušek, rozsah učiva), *sebepercepce* (vnímaná jistota/nejistota, představy o profesní budoucnosti, správnost akademických rozhodnutí), *časová omezení* (termíny odevzdání a plnění úkolů, nedostatek času při zkoušení, omezený čas na odpočinek a relaxaci).

V této souvislosti v literatuře nacházíme pojmem *akademický stres*, který je spojován s adaptací na vysokoškolský život a jinými překážkami, které se v akademickém prostředí objevují. Pojem můžeme chápat jako proces interakce jedince ve vysokoškolském prostředí se stresory pocházejícího z akademického prostředí, ve spojení jeho osobnosti a dopadem stresoru na chování jedince a jeho well-being (Li,

2002; Pozos-Radillo, Aguilera-Velasco, & Delgado-García, 2014). Mohli bychom namítnout, že nelze odlišit akademický stres od stresu běžných životních událostí a také to, že se oblasti navzájem prolínají. Kumar & Jejurkar (2005) zmapovali akademické faktory a jiné životní faktory stresu u jedince. Tyto faktory prožívaného stresu rozdělují do čtyř oblastí – *faktor akademický* (všechny náležitosti studia), *fyzický* (ubytování, strava, hluk apod.), *sociální vztahy a emocionální*. Tyto čtyři oblasti se dle autorů podílejí na celkové stresové reakci. Autoři v závěru uvádějí, že právě akademický faktor se u jedince nejvíce podílí na prožívaném stresu. Adlaf et al. (2001) se domnívají, že vysokoškolští studenti mohou zažívat statisticky více stresu než ostatní lidé v populaci.

Akademický stres byl již dávno zkoumán z pohledu akademického výkonu. Lazarus (1966) se domnívá, že pokud student hodnotí své vzdělávání jako výzvu, stres mu může přinést pocit kompetence a zvýšenou schopnost učit se. Naopak, pokud je vzdělávání vnímáno jako hrozba, stres však může vyvolat pocity bezmocnosti a předčasný pocit ztráty. Podobně Yerkes-Dodsonův zákon (1908) tvrdí, že výkon stoupá pouze do určité úrovně nabuzení, po překročení určité úrovně začne výkon klesat. Můžeme tedy předpokládat, že jedinec pod nízkým a vysokým stresem se učí nejméně a pokud pociťuje pouze mírný stres, učí se nejvíce. Výsledky, zda vysoký akademický stres snižuje akademický výkon však nejsou konzistentní (Banu, Deb, Vardhan, & Rao, 2015; Sajid, Ahmad, & Khalid, 2015). Některé studie však naznačují, že akademický stres snižuje motivaci ke studiu a je také faktorem, který přispívá k předčasnému ukončení studia (Pascoe, Hetrick, & Parker, 2020). Předčasné ukončení studia na vysoké škole díky výše zmíněné problematice může ovlivnit budoucnost jedince – zejména snížit jeho uplatnitelnost na trhu práce, snížit jeho sociální status, změnit sebepojetí jedince a vlivem zažitých zkušeností ovlivnit budoucí vnímání zátěžových situací.

Fučík a Slepíčková (2014) uvádějí, že až třetina vysokoškolských studentů ukončí studium předčasně. Ve své studii přinesli závěry, že během bakalářského studia odchází 85 % kombinovaného a 50 % prezenčního studia kvůli současné pracovní vytíženosti. Autoři se zabývali konkrétněji aspekty, které vedou jedince k odchodu ze studia. Nejvýraznější faktory k ukončení studia jsou – nedostatečné schopnosti ke zvládnutí obsahu výuky nebo nadměrné požadavky vyučujících, nemožnost skloubit školu a zaměstnání, nedostatečná byrokratická gramotnost, rozpory s vyučujícími, nepříznivá rodinná situace, vlastní zdravotní stav nebo zdravotní stav blízkých osob. Odchody ze studia spojuje Vengřínová (2021) s první generací vysokoškoláků a jejich nesnadnou

akademickou a sociální integrací na vysoké škole. To se mimo jiné pojí také s výše uvedenými faktory jako je nemožnost skloubení školy s prací, nedostatečnou byrokratickou gramotností, konfliktem rolí a nižším sociálním statutem. Linhartová (2008) potom spojuje častější odchody ze studia s přijetím na vybraný obor a konstatují, že častěji odcházejí studenti, kteří byli přijati na obor, který původně nepreferovali.

1.4. Vnímaná úroveň stresu vysokoškoláky během pandemie

Nyní odhlédneme od fenoménu akademického stresu a zaměříme se na vnímaný stres u studentů vysokých škol během pandemie Covid-19. Celosvětově bylo provedeno několik studií zaměřených na vnímanou úroveň stresu. Studie zaměřující se na studenty v Saudské Arábii zjišťovala vnímanou úroveň stresu pomocí Percieved Stress Scale (dále jen PSS). Byly zjištěny tři významné sociodemografické faktory ve spojení s vnímaným stresem – *pohlaví, věk a úroveň vzdělání*. Ženy měly významně vyšší průměrné skóre vnímané úrovně stresu ve srovnání s muži. Vysokou úroveň stresu pocívalo během pandemie 33,9 % žen. Dále se ukázalo, že vysokoškoláci měli výrazně vyšší průměrné skóre vnímaného stresu ve srovnání se studenty středních škol. Více než polovina z nich však měla mírnou úroveň stresu, 39,1 % mělo vysokou úroveň stresu. Kvalitativní část studie zjišťující emoce a obavy studentů ukazovala rozmanitost – nejčastěji byly uváděny *pocity deprese, stresu, úzkosti, strachu, vzteku a demotivace* (AlAteeq, Aljhani, & AlEesa, 2020). Studie zkoumající úroveň vnímaného stresu pomocí PSS u studentů ošetrovatelství opět naznačuje rozdíly ve skóru PSS z hlediska pohlaví. Bylo zjištěno, že úroveň stresu studentek je vyšší oproti studentům. Dále bylo zjištěno, že úrovně stresu studentů *prvního a čtvrtého ročníku byly vyšší, než u ročníku druhého a třetího*. Rozdíl mezi úrovní ročníku a skóre PSS nebyl významný (Aslan, & Pekince, 2021). Studie provedená mezi francouzskými studenty prvních ročníků vysokých škol zjistila, že zkušenosti se středně těžkým až těžkým životním stresem po dobu lock-downu byly v celkovém vzorku zvýšené. Stres na vysoké úrovni uvedlo 71,6 % studentů, kteří byli po dobu lock-downu ubytováni *mimo primární rodinu*. Studenti, kteří po dobu lock-downu bydleli u své primární rodiny uváděli stres na vysoké úrovni v 50,5 % případů. Vysokoškoláci, kteří se nepřestěhovali do místa bydliště vykazovali vyšší úrovně stresu ve *finanční oblasti* a v oblasti *osobního zdraví* (Husky, Kovess-Masfety, & Swendsen, 2020). Vyšší vnímaný stres u ženského pohlaví přinášejí i další studie (Rodríguez-Hidalgo, Pantaleón, Dios, & Falla, 2020).

Wang et al. (2020) taktéž identifikovali během pandemie zvýšený stres u studentů vysokých škol. Většina respondentů uváděla stresory spojené s akademickými povinnostmi – *zvýšenou obtížnost* v důsledku rychlého přechodu na online výuku, obavy ohledně *známek*, dále *obecná nejistota* ohledně pandemie, *zdravotní problémy* respondentů a *obavy o zdraví blízkých*, včetně *obav z nákazy Covid-19*. Častým stresorem byly také obavy ohledně financí a nejistoty budoucího zaměstnání. Naopak někteří studenti uváděli celkové snížení stresu, zejména díky ušetřenému času, flexibilitě rozvrhu, efektivnímu využití volného času koníčky a zálibami. Respondenti uváděli potíže se *soustředěním* a většina z nich také *potíže s adaptací* na distanční vzdělávání. Podobně Fawaz a Samaha (2021) uvádějí, že téměř polovina respondentů z řad studentů nebyla spokojena s touto zkušeností a nacházejí vztah mezi spokojeností s online výukou a prevalencí úzkosti, deprese a stresu. Dle zjištění byli studenti po dobu online výuky každý den nuceni přijímat mnoho emailů se zadanými požadavky a prací, což s délkou doby lock-downu zvyšovalo vnímaný stres.

Přechod mezi střední a vysokou školou je vývojovým mezníkem, který může přinášet jedinci významnou stresovou zátěž, nastalá situace a pandemická omezení byla pro studenty viditelně ztěžujícím faktorem přechodu v této životní etapě. Na závěr nezapomeňme opomenout, že ve věku mladší dospělosti se mohou objevovat první symptomy duševního onemocnění, které mohou být jednak důvodem k nezvládnutí nároků zátěže, která se pojí s vysokoškolským studiem (komplexně zahrnující studium, denní režim, jídelní návyky, fyzický pohyb, odpočinek, příp. ekonomické zajištění) současně vysoká míra stresu také může být spouštěčem případných psychických obtíží a duševního onemocnění. Dopady krátkodobého nebo dlouhodobého stresu se projeví pravděpodobně v závislosti na schopnosti jedince čelit stresujícím situacím.

2. Copingové strategie

V návaznosti na předchozí kapitolu se nyní přesouváme ke copingovým strategiím. V teoretickém vymezení se autoři neshodují. Problematický je již samotný překlad termínu – literatuře se můžeme setkat s mnoha pojmy, které koncept přesněji či nepřesněji vystihují. Vycházejme z poznání, že jedinec se v prostředí snaží redukovat nežádoucí vliv stresujících událostí a k redukcii nežádoucích důsledků využívá různých strategií, které můžeme popsat v emocionální, behaviorální i kognitivní rovině. Z dlouhodobého hlediska můžeme výsledky využití copingových strategií nahlížet také v oblasti duševního zdraví.

2.1. Vymezení termínu a druhy copingových strategií

Termín copingové strategie označuje, jakými způsoby člověk zvládá zátěž. Tyto strategie odpovídají na potřeby jedince, které uspokojuje dle svých hodnot (Baštecká, 2015). Termín je někdy překládán jako „zvládací“ nebo „vyrovnávací strategie“, případně se můžeme setkat s termíny „strategie zvládnutí zátěže/stresu“, „strategie při zpracování stresu“, „zvládací strategie“, „prostředky/opatření při zpracovávání stresu“, „strategie pro řešení stresu“ (Baštecká, 2015; Janke & Erdmann, 2003).

Paulík (2012) doporučuje rozlišovat mezi *adaptací* (se zásadní schopností systému vyrovnávat se s nároky okolního prostředí a udržovat homeostázu) a *copingem*. Adaptací rozumí obsahově širší pojem, který se vztahuje k vyrovnávání se zátěží jako takové, což nemusí jedince vést k pozitivním důsledkům. Copingem rozumí proces nebo přetrvávající stav věci, který vede k pozitivnímu zvládnutí situace. Od toho se dále odvíjí stabilní způsob chování jedince ve stresových situacích. Lazarus & Folkmanová (in Baštecká, 2015) původně rozdělují strategie zaměřené na *řešení problému* a *zaměření na prožívání problému*. Za copingové strategie lze považovat vše, na co při ohrožení myslíme, co děláme a co prožíváme. Copingové strategie můžeme obecně rozdělit na dvě kategorie – na co se jedinec *zaměřuje* a jak se jedinec *chová*. Zaměřuje se jedinec na řešení problému, prožívání problému, změnu ohodnocení, nebo na nalezení smyslu? Snaží se jedinec problému čelit, nebo se mu vyhýbá? V nejobecnější rovině se můžeme domnívat, že jedinec může zátěžové situace zvládat dobře nebo špatně. Někdy se uvádí rozlišení zvládacích strategií na *adaptivní* a naopak *maladaptivní*. Úspěšné copingové strategie by měly odpovídat osobnostním dispozicím jedince a vzniklé situaci.

Janke & Erdmann (2003, 7) popisují způsoby zpracování stresu, kterými chápou „takové psychické pochody, které nastupují plánovitě a/nebo neplánovitě, vědomě a/nebo

nevědomě při vzniku stresu, tak aby se dosáhlo jeho zmírnění nebo ukončení“. Způsoby zpracovávání stresu rozdělují podle druhu na *akční* (útok, útek, nečinnost, navázání kontaktu, uzavřenost, jednání směřující ke změně nebo zmírnění situace) a *intrapsychické* (tzn. kognitivní procesy – vnímání, představy, myšlení, motivace, emoce). Intrapsychickými způsoby zpracování mohou být odklon, podceňování, popírání a přehodnocení stresoru nebo stresové reakce, případně zdůraznění a nadhodnocení vlastních zdrojů k překonání stresoru. Intrapsychické způsoby zpracování jsou někdy obtížně definovatelné a těžko operacionalizovatelné pro výzkum.

U copingových strategií se obvykle zabýváme jejich zaměřením. Posuzujeme, zda se jedná o *situačně orientované* strategie (zaměřené na stresor) nebo na *reakci orientované strategie* (zaměřené na stres), tedy zda se vztahují přímo či nepřímo. Vedle zaměření se zabýváme také funkcí copingové strategie a její účinností. Z hlediska směru působení rozlišujeme strategie *stres snižující* a *stres zvyšující*. Intenzita a směr působení jsou závislé na situačně a zároveň časově podmíněné – mohou krátkodobě stres redukovat a dlouhodobě stres zvyšovat – např. vyhybání se nebo bagatelizování. Copingové strategie mají svou biologickou, fyziologickou, psychologickou a v neposlední řadě naučenou komponentu. Bez ohledu na vhodnost řešení situace, někteří jedinci řeší opakovaně stresové situace stereotypními způsoby – ať již účelnými nebo neúčelnými. Copingové strategie si člověk ve velké míře osvojuje učním – na základě efektu a modelu zátěžových situací a dále učení vhladem (Janke & Erdmann, 2003, Večeřová-Procházková & Honzák, 2008).

Zdá se, že prostředí, ve kterém žijeme ovlivňuje způsoby, jakými se vyrovnáváme se zátěží. Pro prostředí a copingové strategie však musíme v tomto případě vnímat v nejširším kontextu. Aldwin (2008) uvádí, že sociální a kulturní prostředí může ovlivnit jak hodnocení stresu, tak využití copingových strategií. Sociální opora je důležitou součástí zvládání zátěže. Pro zvládání zátěže se ukazuje jako podpůrný prostředek také víra a vnímaný smysl řešeného problému. V průběhu života pravděpodobně dochází ke změnám na základě zkušeností – tím se vytváří osobnostně specifická časová a situační stabilita dovednosti zvládat stres.

Nepochybně osobnost jedince ovlivňuje hodnocení stresu i využití copingových strategií. Jedinci vykazující vysokou míru neuroticismu obvykle uvádí více stresových událostí a každodenních potíží. Tito jedinci také častěji volí copingové strategie zvyšující

emoční distres (Aldwin, 2008). Bylo by však příliš zjednodušující poukázat na jednosměrný vztah mezi osobností a zvýšenou tendencí zažívat stres. Co se týká dalších psychologických fenoménů, Aldwin & Revenson (1987) tvrdí, že existuje vztah mezi vědomím vlastní zdatnosti (self-efficacy) a copingovými strategiemi zaměřenými na problém. Jedinci, kteří využili méně copingových strategií a zároveň věřili, že zátěž zvládnou, byli nejméně psychologicky stresováni. Naopak jedinci, kteří nevěřili, že zátěž vyřeší, byli psychologicky stresováni nejvíce. Adaptivními copingovými strategiemi a vědomím vlastní zdatnosti se zabývali Freire et al. (2019), kteří připouštějí, že vnímaná osobní zdatnost přispívá ke zdárnému zvládnutí akademického stresu, nicméně neukazuje se jako dostatečná, pokud je u studenta nízká míra tzv. eudaimonic well-being – štěstí nebo spokojenosti, které je dosaženo prostřednictvím sebeaktualizace.

2.2. Jak se měří copingové strategie

Jak vlastně u jedince zjišťovat či měřit copingové strategie? To je na poli výzkumu copingových strategií poměrně diskutabilní otázkou. Jednoduše na otázku můžeme odpovědět pomocí znalostí psychologického výzkumu – copingové strategie můžeme měřit experimentálně, kvantitativně pomocí osobnostních dotazníků a inventářů, v případě snahy o lepší porozumění pomocí kvalitativního výzkumu a kvalitativních metod. Dostaneme se ale k další složité otázce – chceme zkoumat tzv. copingové styly nebo copingový proces jedince? Budou definované styly vystihující složitou realitu? Chceme popsat copingové strategie složitě a definitivně, nebo popis naopak zjednodušit do několika kategorií? Chceme zjišťovat copingové strategie pomocí škály nebo dichotomních otázek, dle které zjistíme pouze zda strategie byla použita nebo ne? (Aldwin, 2008). Složitost výzkumu copingových strategií daleko přesahuje rozsah této práce. Vzhledem k cíli a účelu této práce se dále budu věnovat pouze měření copingových strategií za využití dotazníků a inventářů. Uvedeme si některé z významných a hojně využívaných nástrojů, které byly mimo jiné použity ve zmiňovaných studiích.

Dotazník SVF-78 (Stressverarbeitungsfragebogen) je zkrácenou verzí SVF-120. Jedná se o sebeposuzovací inventář, kde jedinec hodnotí individuální tendence využití různých copingových strategií při vypořádání se se zátěží. U jedinců je rozlišována pozitivní a negativní strategie. Předpokládá se, že pozitivní strategie vedou k redukci stresu a negativní strategie směřujících k zesílení stresu (Janke & Erdmann, 2003). *Dotazník zvládnutí zátěže* (dále jen DZZ) je metoda, která zjišťuje strategie zvládnutí zátěže – copingu. Metoda je využívána nejčastěji v pracovním prostředí u populace dospělých

ve věku 20-55 let, ale jeho konstrukce umožňuje využití ve všech aplikovaných oblastech psychologie, využít ji můžeme také v klinické praxi a pedagogické psychologii. DZZ si klade za cíl modernizovat předchozí metodu SVF-78 a přispět tak ke komplexnějšímu pohledu na zvládání zátěže. Snaží se vyhnout „černobílému pohledu“ na pozitivní a negativní strategie zvládání. Připouštěny jsou pozitivní aspekty negativních strategií, a naopak negativní aspekty pozitivních strategií. DZZ dále pracuje s rovinou zaměření strategie na problém vs. emoce. Nezaměřuje se tedy pouze na hledisko zvýšení vs. snížení stresové zátěže jedince. DZZ tvoří 78 položek obdobně jako u metody SVF-78 (Pustina et al., 2016). V zahraničním prostředí je hojně využívanou metodou *Cope Inventory*. Jedná se o inventář vyvinutý k posouzení škály copingových strategií. Inventář obsahuje reakce na stres, které se očekávají jako funkční a naopak reakce, které se očekávají jako nefunkční. Inventář obsahuje nejméně dva páry reakcí opačné polarity. Zahrnuty byly z důvodu unipolarity reakcí – absence jedné automaticky neznamená přítomnost opaku. Položky inventáře obsahují výroky odrážející minulé, přítomné a budoucí reakce jedince na stresující události (Carver & Scheier, 1989). Uvedený inventář obsahuje 60 položek a existuje také ve zkrácené verzi jako *Brief Cope Inventory*. Respondent vybírá u uvedených výroků odpovědi na škále 1-4 („I usually don't do this at all“ až „I usually do this a lot“) (Carver, 2013).

2.3. Copingové strategie vysokoškoláků

Nyní se přesuneme k dosavadním poznatkům o copingových strategiích u studentů vysokých škol. Paulík (2012) zdůrazňuje psychický charakter zátěže u vysokoškolských studentů. Až na situační výjimky fyzické zátěže (tělesná výchova, různé druhy praxí apod.) se populace vysokoškoláků setkává s psychickou zátěží, která je často nerovnoměrně rozložená během roku. Jedná se např. o kumulaci náročných předmětů ve večerních hodinách a navazování dalších předmětů během následujícího dne. Někdy nerovnoměrnost způsobuje nevyhovující time-management, kdy student podává zvýšené výkony během termínů zkoušek a během semestru podceňuje přípravu na závěrečné výstupy. Studující jedinci tak mohou být vystaveni zátěži kognitivní, emocionální i fyziologické během krátkého časového období. Společně s obtížností zkoušek se mohou jedinci setkat s emoční labilitou a sníženým sebehodnocením.

Výsledky studie provedené u českých a vysokoškolských studentů však odpovídali střední zátěži. Mezi studenty ČR a SR nebyl zjištěn významný rozdíl. U českých studentů se studijní zátěž pak ukázala průměrně vyšší než zátěž mimostudijní. Nejčastější

copingovou strategií mezi ČR i SR studenty byly *řešení problému a kognitivní restrukturace* (Paulík, 2012).

Rodaňová a Lacinová (2015) se zaměřily na citovou vazbu studentů a možné souvislosti s používáním copingových strategií u vysokoškolských studentů. Za pomoci regresní analýzy neprokázaly významnost úzkostnosti vůči otci nebo matce jako prediktor repertoáru copingových strategií. Naopak vyhýbavost ve vztahu k matce a otci se ukázala jako významný prediktor repertoáru copingových strategií. Významným prediktorem adaptivního copingu se ukázala vyhýbavost ve vztahu k otci. S rostoucí mírou vyhýbavosti klesala míra využití adaptivního copingu. Maykrantz & Houghton (2018) objevili signifikantní vztah mezi copingem a vnímaným stresem – pokud jedinec uváděl vysokou míru stresu, potom častěji uváděl probíhající coping. Autoři uvádějí, že je důležité zabývat se podrobněji nuancemi mezi maladaptivními a adaptivními copingovými strategiemi a rozlišovat, zda u jedince vedou k vyšším úrovním stresu nebo ne. Dosavadní studie naznačují, že maladaptivní copingové strategie jsou nejvýznamnějším prediktorem vnímaného stresu, deprese a úzkosti (Mahmoud, Staten, Hall, & Lennie, 2012). Rodaňová a Lacinová (2015) dále konstatují, že flexibilita ve zvládnání stresu nesouvisí s repertoárem copingových strategií.

Dle výzkumů se objevují genderové rozdíly ve volbě copingových strategií. U žen převažuje volba strategie sociální opory, u mužů je nejméně často volenou strategií únik před problémy a vyjadřování emocí. Strategie sebeobviňování a sociální izolace byly častěji využívány u mužů (Paulík, 2012). Copingové strategie zaměřené na emoce u žen a racionalitu u mužů představují také další studie. Goloshumova et al. (2019) zároveň poukazuje na efektivnější využití copingových strategií mimo stresovou situaci a ztrátu sebekontroly a vyjadřování odstupů vzdání se zodpovědnosti. Ve stresových situacích studenti používají obranné mechanismy jako regrese a vytěsnění. Dle jiných zjištění muži volí strategii humoru a ženy, ve shodě s výše uvedenými výsledky, využívají výrazně více emocionální a instrumentální podpory ke zvládnání stresu. Současně bylo pomocí regresní analýzy odhaleno, že copingové strategie popírání a sebeobviňování předpovídají vyšší míru vnímaného stresu u žen (Eisenbarth, 2019).

Výzkum copingových strategií ve vztahu emoční inteligence (EI) a vnímaného stresu u studentů pomáhajících profesí přináší zajímavé zjištění – studenti s vyššími skóry EI vykazovali nižší míru vnímaného stresu. Vyšší skóre EI pozitivně koreluje s častějším

používání adaptivních copingových strategií. Výběr adaptivní nebo maladaptivní copingové strategie ovlivňuje vztah mezi EI a vnímaným stresem. Jedinci s vyššími skóry EI mohou pravděpodobně efektivněji zvládat stresové nebo obtížné situace, protože pohotověji vnímají a regulují negativní emoce. Mohou také lépe rozpoznat a rozumět emočním zkušenostem ostatních, efektivněji využijí adaptivní coping např. strategii sociální opory. Z hlediska často zažívaného fenoménu syndromu vyhoření (burnout syndromu) mezi pomáhajícími profesemi toto zjištění může být přínosné již během studia. Informace mohou být využity pro intervenční výcviky a lepší přípravu během studia (Enns, Eldridge, Montgomery, & Gonzalez, 2018).

2.4. Copingové strategie vysokoškoláků během pandemie

V souvislosti s pandemií Covid-19 se studenti vysokých škol setkali s dosud neznámými zátěžovými faktory. Ze dne na den byli nuceni opustit prostory univerzit a své vzdělávání plně řídit z domu. Některé vyučované předměty byli nuceni pochopit zcela sami za pomoci zadaných materiálů, jiné předměty byli nuceni absolvovat v online prostředí. Studenti museli akceptovat sociální izolaci, někdy opětovně sdílet domácnost se svými rodinami. Veškeré řízení času zůstalo na nich samých. Praktická výuka u většiny oborů byla pozastavena. Čas strávený online se díky pandemii několikanásobně zvýšil. Podívejme se nyní, jak se výše nastíněné změny projeví ve volbě copingových strategií.

Průřezová studie provedená pomocí online dotazníků zjistila, že většina studentů byla dostatečně poučena o symptomech onemocnění Covid-19 a také srozuměna s opatřeními, které pomáhají eliminovat možnost nakažení se. Většina studentů taktéž porozuměla významu sociální izolace pro zamezení šíření viru. Více než polovina studentů se setkala s problémy při online výuce – nejčastěji byla uváděna nedostatečná síla připojení (Baloran, 2020). Chování studentů, které bylo ve studii nejčastěji uváděno je procentuálně uvedeno níže. Povšimněme si vysokého procenta studentů, kteří se snažili vyrovnat s nastalou situací racionálně – následováním doporučených opatření, vyhledávání informací, omezení sociálních kontaktů – což můžeme označit jako copingové strategie zaměřené na problém.

Tabulka č. 1: Chování studentů během lock-downu (Baloran, 2020)

Chování během karanténní uzávěry	Celkem %
Následování doporučených opatření (nošení roušky/respirátor, umývání rukou)	90.2
Vyhýbání se sociálním kontaktům pro zamezení šíření nemoci Covid-19	80.3

Vyhledávání informací o onemocnění Covid-19, prevenci a přenosu viru	68.9
Používání sociálních sítí jako Facebook, Twitter, Tiktok, média jako Youtube atd.	58.9
Chatování s rodinou nebo přáteli jako vyhledání podpory a minimalizace stresu	48.9
Snaha zůstat aktivní pro vyhnutí se myšlenkám na Covid-19	46.6
Modlení se, studování Bible	39.1
Sebemotivační rozhovory k pozitivnímu přístupu k pandemii	29.9
Hraní online a počítačových her	28.9
Relaxační aktivity – meditace, sport, cvičení, hudba atd.	22.5
Vyhýbání se zprávám o Covid-19	15.1
Vyhledání pomoci odborníků – doktor, psycholog	11.9
Ventilování emocí – pláč, křik atd.	08.9

Kar, Kar, & Kar (2021) uvádějí další použité copingové strategie během pandemie. Autoři upozorňují, že adaptivní copingové strategie ve stresových situacích jsou důležité, protože mohou zabránit zkušenostem potenciálně vedoucím k duševním poruchám souvisejícími se stresem. Velkou roli však hraje individuální vulnerabilita vůči stresu, na kterou bychom neměli zapomínat. Pro úspěšné zvládnutí stresové zátěže v podobných situacích globálního charakteru může být pro zdárné zvládnutí situace účinné informovat širokou veřejnost o podpůrných copingových strategiích a práci se stresem.

Tabulka č. 2: Copingové strategie použité během pandemie (Kar et al., 2021)

Kategorie	Celkem %
Naděje v dobrý konec	68.9
Zůstat zaneprázdněný	53.2
Obracení se na víru a Boha	36.8
Zvládá problémy sám	33.4
Sdílení pocitů a emocí s druhými	32.9
Mluvit s někým	30.4
Vyhnutí se přemýšlení o Covid-19	26.7
Přemýšlet o něčem jiném	24.3
Humor	19.2
Usilovat o zvládnutí	07.0
Jiné	02.9
Nejsem si jistý/á	02.2

Wang et al. (2020) dle výsledků studie zvýrazňují jako nejčastěji použitou copingovou strategii ke zmírnění stresu nebo úzkosti podporu komunity, rodiny a přátel a technologie (webové stránky, mobilní aplikace, senzory, které pomoci monitorovat zdravotní údaje). Domnívají se, že téměř polovina studentů studie byla schopna adekvátního vyrovnání se se stresem souvisejícím s nově vzniklou situací. Jako další uvádějí tyto pozitivní copingové strategie – zdravý životní styl, cvičení, zdravá strava, péče o sebe, relaxace a meditace. Studenti také využívali mobilní aplikace zaměřené na nácvik všímavosti a meditace – např. Headspace. Jako negativní copingové strategie označují rozptýlení se, nadměrný příjem alkoholu, izolaci a pláč. Někteří studenti k rozptýlení se používali sociální média – např. Twitter, Facebook, Instagram, TikTok a YouTube. Čas strávený online během pandemie stoupl a objevují se informace ohledně zvýšení závislostního chování na internetu (Li et al., 2021).

Studie z Velké Británie se zabývala vztahem copingových strategií a duševním zdravím. Studenti, kteří uváděli špatné duševní zdraví, měli výrazně nižší výsledky extravertze, přívětivosti, svědomitosti a emocionální stability, než respondenti, kteří uváděli dobrý stav duševního zdraví. Dle výsledků autoři uvádějí copingové strategie, které souvisejí s horším duševním zdravím. Jedná se o poruchy v příjmu potravy, přijetí pandemické situace, sebezpozorování a sebeobviňování. Nejméně související v tomto případě byly copingové strategie zaměřené na náboženství, užívání návykových látek a popíráním situace pandemie (Dewa et al., 2021).

Během pandemie Covid-19 byla studenty používána široká škála copingových strategií. To mimo jiné odkazuje k již zmíněné neshodě v teoretickém vymezení tohoto konceptu. Shrňme si nejvýznamnější poznatky pro tuto práci – sociální a kulturní prostředí ovlivňuje copingové strategie jedince, v průběhu života pravděpodobně dochází ke změnám na základě zkušeností – tím se vytváří osobnostně specifická časová a situační stabilita dovednosti zvládat stres. Neuroticismus a míra vnímaného stresu ovlivňuje volbu copingové strategie, zejm. maladaptivní. Studenti jsou vystaveni zvýšené psychické zátěži a nejčastější copingovou strategií volenou v českém a slovenském prostředí je řešení problému a kognitivní restrukturační. Popsány jsou genderové rozdíly ve volbě copingových strategií – ženy častěji volí strategii sociální opory, muži vykazují častěji strategii sebeobviňování a sociální izolace. Vysoké procento studentů se snažilo vyrovnat s pandemií racionálně a využívalo copingové strategie zaměřené na problém. Důležitou strategií se také ukazuje naděje v dobrý konec.

3. Duševní zdraví vysokoškoláků

V předchozí kapitole jsme nastínili souvislost copingových strategií a duševního zdraví, resp. duševních poruch. V této kapitole se budeme zabývat duševním zdravím vysokoškolských studentů podrobněji a uvedeme změny duševního zdraví, které se objevily v reakci na pandemii Covid-19 a zvýšenou stresovou zátěž ve společnosti. Dále definujeme depresivní poruchu a úzkostnou poruchu a zaměříme se na diferenciaci psychosociální a biologické zátěže jako predisponujících faktorů vzniku duševního onemocnění.

3.1. Duševní zdraví a jeho vymezení

WHO (2020) v Ústavě Světové zdravotnické organizace definuje zdraví jako stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha nebo také stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Dle WHO se tedy nejedná pouze o absenci nemoci nebo vady. Můžeme namítnout, že uvedená definice je poměrně široce uchopitelná. Nicméně v současné době se oproti minulosti snažíme vyhnout tzv. „*psychiatrizaci*“, která by pro jedince mohla být spíše zátěží než pomocí. S tím souvisí také probíhající reforma péče o duševní zdraví v České republice a dalších částech světa. Duševní zdraví můžeme chápat jako *proces*, kdy je nutné s velkou pozorností rozlišovat *zdravý a poruchový stav*. Do hraniční zóny může zahrnout různé typy krizí, truchlení, agresi a stresové reakce. Vždy musíme posuzovat jedince jako lidskou bytost v celém jejím kontextu. Na základě anamnézy, symptomatiky, syndromů a vývojového stavu, v případě nežádoucího psychického stavu, stanovujeme psychiatrickou diagnózu, která nám je nápomocná při léčbě duševní nemoci (Orel et al., 2020). Je nutné si uvědomit, že závažnost psychiatrických diagnóz je různá – některé poruchy jsou doživotní, jiné při vhodné péči být doživotní nemusí. Studie globální zátěže nemocí, úrazů a rizikových faktorů ukázala, že nejvíce invalidizujícími duševními poruchami jsou *depresivní a úzkostná porucha* (Vos et al., 2020). Vzhledem k počtu diagnóz a široké variabilitě duševních onemocnění se v této práci dále zaměříme podrobněji pouze na tyto dvě diagnózy.

Duševní zdraví a vznik duševní poruchy je ovlivněn osobnostními kvalitami jedince (schopnost řídit své myšlenky, emoce, chování a interakce s ostatními), sociálními, kulturními, ekonomickými, politickými a environmentálními faktory (národní politiky, sociální ochrana, životní standardy, pracovní podmínky). Ke vzniku duševní poruchy přispívá *stres, genetika, výživa, perinatální infekce* a vystavení jedince *katastrofickému nebezpečí* (WHO, 2019).

Zmiňme ještě další důležité faktory vzniku duševní poruchy. Jedním z nich je *životní styl* jedince. Terapeutickým cílem při léčbě duševního onemocnění je mnohdy úprava životního stylu, která vede také ke snížení rizika somatických komorbidit. Dále se ve vztahu duševního zdraví ukázaly jako důležité biologické faktory – zejména systémový zánět, který ovlivňuje imunitu jedince. Úpravou životního stylu lze zmírnit systémový zánět a tím ovlivnit mechanismus cytokinů, které mohou podporovat např. depresi. Z tohoto důvodu je v současné zdůrazněn také význam genetického a epigenetického výzkumu duševního zdraví. V psychoterapii pak pracujeme s úpravou životního stylu a hodnot jedince, zmírnění perfekcionalismu v pracovní oblasti, podporujeme pozitivní emoce a blízké vztahy, nacvičujeme odpočinek a nezapomínáme na podporu racionálního stravování (Navrátilová, 2020).

Podle WHO (2020) celosvětově roste riziko deprese a dalších duševních onemocnění. Usnesení Světového zdravotnického shromáždění přijaté v květnu 2013 požadovalo komplexní a koordinovanou reakci na duševní poruchy na úrovni jednotlivých zemí. Deprese je celosvětově hlavní příčinou zdravotního postižení a významně přispívá k celkové globální zátěži chorobami. Je také jedním z nejčastějších důvodů pracovní neschopnosti. U mladých dospělých je častým spouštěčem deprese *závažný životní stres* (Lewinsohn, Allen, Seeley, & Gotlib, 1999). Závažný životní stres můžeme dle odolnosti jedince spojovat s různě závažnými životními situacemi, případně životními obdobími. Vzhledem k individuální odlišnosti ve vnímání stresu se jedinci budou lišit také v predispozici k duševním onemocněním. Svoji roli budou hrát životní zkušenosti, prostředí, kde se jedinec nachází, sociální a rodinné vazby, fyzické zdraví a ekonomická situace jedince.

Dále se podíváme na stručné vymezení onemocnění, kterými se v této práci zabýváme. Definice a diagnostická kritéria vymežíme dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5), okrajově zmíníme také novou revidovanou verzi Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-11), která by měla přinést detailnější klasifikaci nemocí a možnost přesnější diferenciální diagnostiky.

3.1.1. Deprese (depresivní porucha)

Pojem „*deprese*“ obecně označuje duševní onemocnění s názvem *depresivní porucha*. Podle Höschla et al. (2002) je depresivní porucha nejčastějším duševním

onemocněním. Její vážnost tkví zejména v ohrožení jedince suicidálními pokusy. Příčiny poruchy nejsou dosud zcela vysvětleny. Uvádí se sociální, biologické, rodinné souvislosti a neurochemické změny v CNS (nedostatek neurotransmiterů – dopaminu, serotoninu, noradrenalinu). Při vyšetření SPECT se objevují změny ve frontálním kortexu, limbickém systému, talamu a striatu. Zkoumá se zvýšení trijodthyroninu a thyroxinu v organismu. Etiopatogeneze zahrnuje předchozí depresivní fáze, chronické a onkologické onemocnění (a jejich léčbu), fyzický handicap, chronickou bolest, stres, ztrátu blízkého a nedostatek sociální podpory. K obecným diagnostickým kritériím patří trvání deprese minimálně po dobu dvou týdnů.

MKN-10 řadí depresi mezi afektivní poruchy (F30-F39) pod názvem *depresivní fáze* (F32) nebo *periodická depresivní porucha* (F33) a definuje ji následovně. Člověk v *depresivní fázi* má zhoršenou náladu a neobjevuje se u něj smysl pro zábavu, zlepšení se neobjevuje ani v reakci na okolní změny. Energie a aktivita jsou sniženy. Schopnost koncentrace je zhoršená, klesá chuť k jídlu, libido je nízké. Spánek je narušen, člověk je snadno unavitelný. Objevují pocity viny a beznaděje, sebehodnocení a sebedůvěra jsou narušeny. Je zřetelná psychomotorická retardace a agitovanost. Porucha se objevuje v lehké, střední a těžké formě. Během depresivní fáze se mohou objevit psychotické příznaky. U člověka, kterému je diagnostikována *periodická depresivní porucha*, se objevují výše zmíněné fáze deprese opakovaně a neobjevují se manie. Objevit se mohou hypomanie po depresivní fázi. Objevuje se nezávisle na věku, náhle nebo s pozvolným nástupem. Trvá několik týdnů až měsíců. Členíme ji na lehkou, středně těžkou, těžkou bez psychotických příznaků a těžkou s psychotickými příznaky (ÚZIS ČR, 2020). Co se týká MKN-11, kategorie zůstávají zachovány podobně (depresivní fáze a periodická depresivní/rekurentní porucha; lehká, střední a těžká; psychotické příznaky, bez psychotických příznaků), mění se kódování a specifikace časového ohraničení diagnózy (WHO, 2021).

V DSM-5 depresi nalezneme v kapitole *Depresivní poruchy*, které zahrnují několik dalších poruch – podobně jako v případě MKN-10, v klasifikaci jsou však rozdíly. *Velká depresivní porucha* (včetně depresivních epizod) zahrnuje typická diagnostická kritéria celé skupiny. Jedná se o depresivní epizody trvající minimálně dva týdny. Objevují se viditelné změny nálad, kognice a neurovegetativních funkcí. Popisován je smutek, prázdnota, beznaděj, úbytek nebo zvýšení tělesné hmotnosti, snížení zájmu a radosti z činností, insomnie, myšlenky na smrt. Nezřídka také bolesti svalů, pocity viny a marnosti, snížená koncentrace. Dle závažnosti a průběhu (ojedinělá nebo

rekurentní epizoda) je kódována (296.20-296.36) jako mírná, středně těžká, těžká bez psychotických znaků, těžká s psychotickými znaky, v částečné remisi, v plné remisi a nespecifikovaná. Trvalejší formou depresivní poruchy je *perzistentní depresivní porucha* (dystymie). Diagnostikována je v případě, že poruchový stav trvá déle než dva roky. V USA je nejvyšší počet nemocných zaznamenán ve věku okolo dvaceti let. Průběh je proměnlivý, někdy s obdobím remise, jindy bez symptomů po dobu několika let. Brzká léčba znatelně zlepšuje prognózu. Depresivní poruchy zasahují do sociální, pracovní a další oblasti života a jsou nebezpečné vzhledem k vysoké mortalitě – velký podíl tvoří sebevraždy (Raboh, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, & Ptáček, 2015).

3.1.2. Úzkost a úzkostná porucha

Jako další si stručně definujeme úzkostnou poruchu. *Úzkost* je emoce, která je běžnou součástí života. Z historického hlediska je velmi účinná, protože v minulosti sloužila při rozhodování se k boji, nebo naopak k útěku. Od strachu se liší tím, že je zaměřena na vnitřní, neznámé a neurčité ohrožení. Slouží k adaptaci člověka na nové situace, mění postoje, pomáhá získat nové dovednosti a modifikuje osobnostní rysy. Jedná se o komplexní prožitek, který má *behaviorální, psychické, tělesné a kognitivní komponenty*. Způsobuje nadměrné nabuzení organismu, proto jedinec při vysokých hodnotách může pociťovat přehlcení a pocit dezorganizace. Při diagnostice je nutné rozlišit, zda se jedná o *patologickou úzkost* (vysoká intenzita, frekvence a nepřiměřené trváním vůči situaci; objevuje se nezávisle na okolním ději). Úzkost se objevuje také v návaznosti na farmakoterapii nebo může doprovázet jiná somatická a psychiatrická onemocnění. Porucha vzniká kombinací *psychosociálních vlivů* a *vulnerability* jedince, ale také v důsledku dlouhotrvající zátěže, traumatu, dlouhotrvajících konfliktů a frustrací (Höschl et al., 2002).

Úzkost je dle MKN-10 hlavním příznakem *anxiózních poruch* (F41). Tento stav není vázán na specifickou situaci. MKN-10 rozděluje *panickou poruchu* (F41.0) – epizodickou záchvatovitou úzkost, která je typická recidivujícími atakami těžké úzkosti nebo paniky, které nejsou předvídatelné. Typickými projevy jsou somatické obtíže jako bolest na hrudi, domnělý pocit dušení se, zvýšení srdečního rytmu, závratě, pocit depersonalizace či derealizace. U nemocného se objevuje také strach ze smrti, ztráty sebeovládání, nebo obava z toho, že zešílí. Další anxiózní poruchou je *generalizovaná úzkostná porucha* (F41.1), kdy u člověka přetrvává úzkost, která není vztažena na vnější okolnosti, ale objevuje se spíše náhodně. Typické projevy jsou pocení, třes, svalový

tonus, palpitace, nervozita, závratě, palpitace, závratě, tlak v oblasti břicha. Jedinec může mít přidružené obavy, např. z nemoci, strach o rodinu a příbuzné, z napadení apod. Pokud jsou u člověka přítomny příznaky úzkosti i deprese, nepřevažují nad sebou a neopravňují k samostatné diagnóze, potom je diagnostikována *smíšená depresivní a úzkostná porucha* (F41.2), nebo-li anxiózní deprese (ÚZIS, 2020). Opět v krátkosti zmíníme MKN-11, která zachovává obě uvedené diagnózy. Větší důraz je však kladen na komplexní specifikaci oblastí, které panická porucha a generalizovaná úzkostná porucha ovlivňují – poškození v osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, pracovních nebo jiných důležitých oblastech fungování. Podrobněji je taktéž specifikován *záchvat paniky* (WHO, 2021).

DSM-5 spojuje úzkost s napětím ve svalech, ostražitostí, přípravou na budoucí nebezpečí a vyhubým chováním. Zřetelně viditelným symptomem je *panická ataka*, která se může objevit i u jiných poruch. Úzkostné poruchy se od sebe liší podle *objektu* a *situace*. Obvykle vznikají v dětství a bez vhodné léčby mohou přetrvávat. Trvají půl roku a déle. *Panická porucha* (300.01) se projevuje opakovanými a neočekávanými panickými atakami, které doprovází palpitace, pocení, třes, dušnost, bolesti na hrudi, závratě, zimnice nebo návaly horka, parestézie, derealizace nebo depersonalizace, strach ze smrti. Typické jsou také obavy o fyzické zdraví. Přetrvávají starosti a obavy ohledně průběhu panických atak, což je spojeno s maladaptivními změnami v chování. Panická ataka se objevuje neočekávaně a dosahuje maxima během několika minut. Četnost a závažnost panických atak se individuálně liší. Medián věku začátku onemocnění je v USA dvacet až dvacet čtyři let. Časté jsou komorbidity s jinými duševními poruchami. *Generalizovaná úzkostná porucha* (300.02) je charakterizována nadměrnou úzkostí a strachy z každodenních aktivit, jedinec není schopný tyto obavy ovládat. Objevuje se neklid, unavitelnost, problémy v soustředění, podrážděnost, svalové napětí, insomnie. Myšlenky jsou vtíravé a znepokojující, brání jedinci v soustředění a zasahují do jeho psychosociálních funkcí. Objevují se další somatická onemocnění spojována se stresem (Raboh et al., 2015).

3.2. Duševní zdraví a vysokoškoláci

Studie uvádějí, že vysokoškolští studenti, kteří vědomě vnímají vyšší míru stresu vykazují menší životní spokojenost a jsou závažněji predisponováni k duševním problémům jako je úzkost a deprese. Jedná se o mezikulturní a široce rozšířený fenomén, který je nutné podrobit dalšímu zkoumání (Pascoe, Hetrick, & Parker, 2020). Akademický stres, snížená fyzická aktivita a návyky nezdravého životního stylu

u studentů mohou přispět ke vniku zdravotních problémů jako je obezita, diabetes mellitus, metabolickému syndromu a změnám chuti v jídle (přejídání i odmítání jídla). Ukazuje se, že studenti, kteří vnímají sociální oporu (a to i ze strany instituce školy) a sounáležitost se svojí fakultou vykazují méně často abúzus návykových látek (Pascoe et al., 2020). Tato zjištění mohou být nosná zejména pro programová opatření zaměřená na zvládnutí stresu a začlenění studentů jako součást univerzity ze strany vedení vysokých škol.

Walburg (2014) dále upozorňuje na potřebu zkoumání syndromu vyhoření u vysokoškolských studentů. Syndrom vyhoření se u nich projevuje podobně jako vyhoření v pracovním prostředí – vyčerpáním, odosobněním, cynismem, sníženou výkonností a horšími výsledky. Bhujade (2017) uvádí, že by vysoké školy měly podporovat přátelské učební prostředí pro studenty. Současně uvádí, že je vhodná podpora a mentoring, programy výchovy ke zdraví a psychologická podpora pro dobré zvládnutí terciárního vzdělávání. Zvážit by bylo potřebné i přetížení informacemi, množství požadavků jednotlivých oborů a styly vysokoškolského vyučování. Veškerá výše zmíněná problematika může být klíčová při studijním úspěchu, resp. neúspěchu, který je doprovázen předčasným ukončením studia, což se následně odrazí v budoucí kvalitě života jedince. Současná situace s předčasně ukončenými studii viz výše.

3.3. Duševní zdraví vysokoškoláků během pandemie

Během pandemie Covid-19 se téma duševního zdraví postupně dostalo do povědomí široké veřejnosti. V době pandemie byla zřízena bezplatná *linka první psychické pomoci* na čísle 1 212 a za tři měsíce provozu vyřídila 2 600 hovorů. Hovory na *Linku bezpečí* zaznamenaly nárůst až o 30 %. MZČR v rámci reformy péče o duševní zdraví řešila dopady pandemie na duševní zdraví a schválila v reakci na nárůst depresivní symptomatiky a sebevražedných myšlenek *Národní akční plán prevence sebevražd 2020-2030*. Zdravotní pojišťovny byly vyzvány k využití fondů prevence na podporu duševního zdraví. Rozvinout by se měla síť *Center duševního zdraví* a dále dostupnost psycho-terapeutických služeb a služeb psychosociální podpory (MZČR, 2020). V průběhu pandemie se ukázala nedostatečná kapacita existujících služeb psychosociální péče, a proto v rámci kampaně prevence vznikl např. web projektu *opatruj.se*, který má sloužit ke zvýšení odolnosti, edukaci veřejnosti v oblasti duševního zdraví a případně dopomoci k vyhledání odborné péče (NUDZ, 2021).

Formánek et al. (2020) v listopadu 2017 uskutečnili průřezovou studii výskytu duševních onemocnění v dospělé české populaci na vzorku přesahujícím tři tisíce osob. Bylo zjištěno, že duševní onemocnění – jako jsou deprese, úzkosti nebo poruchy chování způsobené zneužíváním alkoholu – prožívalo cca 20 % všech dospělých. V následující studii během května roku 2020 bylo zjištěno, že v souvislosti s pandemií Covid-19 a zavedenými restriktivními opatřeními vzrostl výskyt duševních onemocnění u dospělé populace ČR téměř na 30 %. Podle dalšího výzkumu v listopadu 2020 výskyt duševních onemocnění neklesal, odborníci upozornili na možné zhoršení. Dle získaných dat NUDZ stoupl výskyt deprese a rizika sebevraždnosti až třikrát a výskyt úzkostných poruch až dvakrát oproti stavu před pandemií. Rizikovou skupinou byla *populace mladých dospělých a ekonomicky znevýhodněných občanů ČR* (NUDZ, 2021). Oducado, Parreño-Lachica, & Rabacal (2020) zkoumali vztah resilience a duševního zdraví. Přinášejí výsledky, které ukazují, že resilience je významným zdrojem pro zvládání stresové zátěže a obav spojených s nemocí. To se projevuje v míře subjektivně prožívaného well-beingu a na duševním zdraví během pandemie Covid-19. Zjištěné poznatky mohou být nosné pro zvedení programů na zvládání stresu a zvyšování resilience u studentů. Získané dovednosti jim mohou být oporou v době krize.

Hossain et al. (2020) shrnují rizikové faktory depresivně-úzkostné symptomatiky během pandemie Covid-19 následovně:

- *Věk* (v mladší dospělosti vyšší úzkost než ve střední, v seniu opět zvýšení)
- *Pohlaví* (senzitivnější k úzkostné symptomatice jsou ženy)
- *Vzdělání* (vyšší úroveň se zdá být protektivním faktorem)
- *Sociální vyloučení a nízké příjmy*
- *Obyvatelé měst*
- *Komorbidita jiného duševního onemocnění před nakažením se Covid-19*
- *Míra sledování medií a zpráv*
- *Osamělost, nedostatek psychosociální opory*

Taquet et al. (2020) poznamenávají, že studie zkoumající psychiatrické důsledky Covid-19 obecně probíhaly jako průzkumy příznaků, nikoliv jako sběr konkrétních klinických diagnóz. Do budoucna doporučili, aby se autoři zaměřili na odlišení *důsledků pandemie* (jako jsou restriktivní opatření, sociální izolace, nedostatek informací aj.) a *důsledky nemoci samotné*. Obě oblasti se prolínají a je těžké je diferencovat. Buchtová

& Hrušková Kusnieriková (2021) hovoří o dvou pohledech etiologie vzniku duševní poruchy – *psychosociální* a *biologická* (důsledek zasažení CNS infekcí). Na tuto diferenciaci a faktory vzniku duševních poruch z období pandemie se podíváme dále a některé faktory si rozebereme podrobněji.

3.3.1. Psychosociální zátěž a souvislost s duševním zdravím

V rámci diferenciaci se nyní podíváme na pandemická opatření, která můžeme vnímat jako psychosociální zátěž. Studie zaměřující se na prevalenci depresivních a úzkostných poruch naznačují, že existuje nárůst těchto onemocnění související se *snížením mobility* obyvatelstva a denním výskytem onemocnění. U obou poruch jsou častěji ohroženy ženy. Současně mladší věkové skupiny jsou ohroženější než starší věkové skupiny. Autoři upozorňují na význam uzavírek, pobytu doma mimo vrstevnickou skupinu, uzavírání škol a podniků, snížení sociálních interakcí a obavy z ekonomických dopadů jako významný faktor prevalence těchto poruch právě pro výše dvě zmíněné skupiny. Na vzniku duševních poruch se mimo jiné může podílet také oslabení ambulantní a lůžkové péče, sociálních služeb, ztížená možnost získat léky – a to především v začátcích pandemie (Santomauro et al., 2021). Kohortová studie z prostředí Velké Británie se zabývala nejenom duševním zdravím studentů během pandemie, ale také souvislostí se zdravím fyzickým (konkrétní zaměření na *sedavé chování a fyzickou aktivitu* během dne). Lock-down výrazně omezil běžné chování studentů a byla snížena fyzická aktivita, což autoři spojují se snížením duševní pohody. Dále byla zjištěna slabá asociace mezi vnímaným stresem a sedavým chováním. Osoby s dříve diagnostikovanými duševními poruchami vykazovali vyšší úroveň vnímaného stresu a nižší duševní pohodu (Savage et al., 2020). Co se týká pohybové aktivity, informace je nutno interpretovat s opatrností. V metaanalýze zaměřené na fyzickou aktivitu a její účinek při léčbě deprese autoři naznačují nejistotu ohledně velikosti účinku fyzické aktivity na zlepšení duševního zdraví (Bailey et al., 2018).

Průřezová studie provedená na populaci polských vysokoškolských studentů přesahujícím sedm tisíc jedinců poukazuje na zvyšující se trend depresivních příznaků *s délkou trvání pandemie*. Studie (podobně jako předchozí uvedené zdroje) dále ukazuje, že studentky dosáhly v depresi, úzkosti a stresu výrazně vyšších výsledků než studenti. Studenti oboru psychologie potom skórovali nejnižší v úrovni deprese a úzkosti. Studenti ve věku 18–24 let vykazovali více příznaků deprese, úzkosti a sebevražednosti (z AJ suicidality – zahrnuje sebevražedné myšlenky, plány, tendence) než dospělí studenti starší než 25

let. Úroveň stresu, deprese a úzkosti byla měřena pomocí škály DASS (Debowska, Horeczy, Boduszek, & Dolinski, 2020). Jako rizikový faktor označuje věk také další studie, která objevila vyšší skóre úzkosti a deprese u populace mladých dospělých (20-30 let), vzdělávaných na univerzitách a nezadaných oproti populaci středních dospělých (40-60 let), zaměstnaných a v partnerském svazku (Kar et al., 2021). Kvalitativní část studie Dewa et al. (2021) přináší další poznatky ohledně *denního režimu* studentů. Všichni účastníci se shodli, že denní rutina jim výrazně pomohla lock-down zvládnout. Respondenti, kteří nestudovali ani nepracovali, uváděli horší stav duševního zdraví. Objevili se však jedinci, kteří ocenili flexibilitu v plánování dne, více času na odpočinek, přemýšlení a získání nového pohledu na život. Někteří účastníci uvedli, že se jejich rodinné vztahy výrazně zlepšily a více si váží svých intimních vztahů.

Izraelská studie provedená na populaci studentů ošetrovatelství odhalila pomocí sedmi stupňové škály generalizované úzkostné poruchy, s hraničním bodem 10 pro střední a 15 pro těžkou úzkost, prevalenci středně těžké a těžké úzkosti u 42,8 % studentů. *Pohlaví, nedostatek ochranných pomůcek* při výkonu praxe a *strach z infekce* byly významně spojeny s vyšším skóre úzkosti. *Únikové copingové strategie* jako požívání alkoholu, drog a konzumace zvýšeného množství jídla, byly spojeny s vyšším skóre úzkosti. Výrazným faktorem pro zvýšení skóre úzkosti se také ukázalo *rodičovství*. Překvapivě religiozita nebyla spojena s nižším skóre úzkosti. Naopak větší odolnost a humor byly spojeny s nižšími skóre úzkosti (Savitsky, Findling, Erel, & Hendel, 2020).

3.3.2. Biologická zátěž a souvislosti s duševním zdravím

Studie zaměřující se na *důsledky nemoci Covid-19* z klinického pohledu přináší následující poznatky. Lečbych (2021) popisuje *zasažení CNS*, které se projevuje obtížemi neurologickými a psychiatrickými. CNS může být přímo zasaženo virovou infekcí, nebo *nepřímou autoimunitní odpovědí organismu*. Interakce mezi imunitním systémem a neurotransmitery se může stát mechanismem ovlivňující poruchy nálady, deprese, úzkosti aj. Současně opět poznamenává, že je nutné v kontextu vnímat stresovou zátěž, která pandemickou situaci provází. Dále z kohortové studie zkoumající případy pacientů, kteří prodělali Covid-19 v USA vyplývají podobné závěry. Onemocnění Covid-19 přináší *zvýšené riziko* vzniku duševního onemocnění. Studie byla provedena za pomoci elektronické zdravotní dokumentace. Onemocnění Covid-19 s psychiatrickými příznaky byly porovnány společně s jinými zdravotními příhodami a psychiatrickými příznaky. Měřila se incidence a riziko psychiatrické poruchy, demence a nespavost během prvních 14 až

90 dnů po diagnóze Covid-19. U pacientů bez předchozí psychiatrické anamnézy byl zjištěn zvýšený výskyt duševního onemocnění ve srovnání s dalšími zdravotními příhodami. Incidence jakékoli psychiatrické diagnózy ve 14 až 90 dnech po diagnóze Covid-19 byla 18,1 %, včetně 5,8 % jako první diagnózy (Taquet at al., 2020). Mazza et al. (2020) uvádějí, že *silnější imunitní odpověď organismu* významně koreluje se skóry deprese a úzkosti v sebeposuzujících dotaznících. Vzhledem k tématu by bylo vhodné také nastínit problematiku vyhledání odborné pomoci. Wang et al. (2020) získali v odpovědích respondentů názory na hlavní překážky péče o duševní zdraví. Studenti uváděli finanční problémy (poplatky a pojištění), sociální stigma, nedostatek informací o dostupných zdrojích a omezený přístup ke službám jako hlavní problém vyhledání odborné péče v případě jejich potřeby. Naopak výsledky Evropské asociace pro psycho-terapii uvádí, že stigmatizace z vyhledání odborné péče se snížila vlivem využívání *online technologií* k psychoterapiím. V případě, že se jedinec rozhodl využít služby psychoterapeuta v online prostředí, stala se služba naopak dostupnější a méně stigmatizující (EAP, 2021).

Duševní onemocnění v minulosti bylo spojeno s *vyšší pravděpodobností nákazy*. Diagnóza duševního onemocnění v průběhu roku před onemocněním Covid-19 byla spojena s 65 % zvýšeným rizikem onemocnění Covid-19. V tomto případě opět nemůžeme vyloučit doprovázející socioekonomické faktory, které zvýšené riziko nákazy onemocnění Covid-19 mohly ovlivnit (Taquet at al., 2020). Zmiňme ještě, že se současně objevují *doprovodné problémy* – nadužívání alkoholu, únik k psychoaktivním látkám, negativismus a pasivita (Choi, Hui, & Wan, 2020). Tyto problémy můžeme z pohledu copingových strategií označit jako únikové tendence.

EMPIRICKÁ ČÁST

4. Výzkumný problém, cíle výzkumu, výzkumné hypotézy

4.1. Výzkumný problém

Nyní se od teoretického ukotvení dostáváme k samotnému vymezení výzkumného problému. Uvedli jsme, že období pandemie Covid-19 s sebou přináší zvýšenou *psychosociální* a *zdravotní zátěž*, která se projevuje napříč populací. Buchtová & Kusnieriková (2020) poukazují na *snížení adaptační kapacity* jedinců a ohrožení duševního zdraví některých z nich. Dle dostupné literatury je *populace mladých dospělých/studentů rizikovou skupinou* a potenciálně u ní hrozí rozvoj duševních poruch vlivem zvýšené stresové zátěže. Předpokladem pro úspěšné vyrovnání se s touto zvýšenou zátěží je volba *pozitivních* a *adaptivních copingových strategií*. Pro shrnutí teoretického východiska a přiblížení výzkumného problému nyní uvedu *hlavní poznatky* z teoretické části práce.

- Ve spojení s vnímaným stresem se ukazují důležité faktory pohlaví, věku a úroveň vzdělání (AlAteeq et al., 2020).
- Hossain et al. (2020) shrnují rizikové faktory depresivně-úzkostné symptomatiky mezi kterými uvádějí – věk, úroveň vzdělání, osamělost a nedostatek sociální opory.
- Úrovně vnímaného stresu studentů prvního a čtvrtého ročníku byly vyšší, než u ročníku druhého a třetího (Aslan & Pekince, 2021).
- Ukazuje se, že vysoké procento studentů během pandemie využívá copingové strategie zaměřené na problém (Baloran, 2020).
- Wang et al. (2020) dle výsledků studie zvýrazňují jako nejčastěji použitou copingovou strategii ke zmírnění stresu nebo úzkosti podporu komunity, rodiny a přátel a technologie. Téměř polovina studentů studie byla schopna adekvátního vyrovnání se se stresem souvisejícím s nově vzniklou situací.
- Copingové strategie, které bývají spojovány s horším duševním zdravím jsou poruchy v příjmu potravy, nepřijetí pandemické situace, sebepozorování a sebeobviňování (Dewa et al., 2021).
- Ukazuje se, že délka trvání pandemie a zavedených opatření se projevuje ve stavu duševního zdraví. V porovnání dle pohlaví studentky (ženy) dosahují v depresi, úzkosti a stresu výrazně vyšších skóre než studenti (muži). Dále studenti ve věku

18–24 let vykazují více příznaků deprese, úzkosti a sebevraždy než dospělí studenti starší než 25 let (Debowska et al., 2020).

- Únikové copingové strategie (požívání alkoholu, drog a konzumace zvýšeného množství jídla) jsou spojovány s vyššími skóry úzkosti. Výrazným faktorem pro zvýšení skóre úzkosti se také ukazuje rodičovství (Savitsky et al., 2020).
- Silnější imunitní odpověď organismu významně koreluje se skóry deprese a úzkosti v sebeposuzujících dotaznících (Mazza et al., 2020). Současně se u jedinců po prodělaném onemocnění objevuje zvýšený výskyt symptomů duševního onemocnění oproti jiným zdravotním příhodám (Taquet et al., 2020).

Výše uvedené pro nás bude oporou při stanovení výzkumných hypotéz, ke kterým se dostáváme dále.

4.2. Cíle výzkumu

Diplomová práce se zaměřuje na studenty českých vysokých škol a jejich copingové strategie v souvislosti duševního zdraví. Předkládaná práce si klade za cíl *prozkoumat uplatněné copingové strategie během páté vlny pandemie* (kterou na základě dat MZČR datujeme cca od druhé poloviny září 2021). Naším cílem je prozkoumat *souvislost uplatněných copingových strategií s duševním zdravím* (resp. symptomy stresu, úzkosti a deprese) studenta v kontextu pandemie. Budeme se také snažit objasnit, zda existuje vztah mezi uplatněným/ve výběru určité copingové strategie a skóry na jednotlivých subškálách DASS-21. Zaměřujeme se pouze na studenty *neklinické populace*.

Konkrétně zjišťujeme, zda existuje souvislost *pohlaví* a uplatnění určité copingové strategie, souvislost uplatnění *negativních copingových strategií* se symptomy *stresu*, úzkosti a deprese. Dále zjišťujeme, zda existuje souvislost mezi strategií *sociální opory* a *skóry DASS-21*, zda existuje souvislost mezi strategií *úniková tendence* a *skóry DASS-21*. Dále zjišťujeme, zda existuje souvislost mezi *pohlavím* a symptomy *stresu*, souvislost *ročníku studia* a symptomy *stresu*, souvislost mezi symptomy *úzkosti* a *rodičovstvím*. Zjistíme, zda *celkové skóre* na škále *DASS-21* souvisí s *proděláním onemocnění Covid-19* a zda se *celkové skóre* na škále *DASS-21* liší dle *formy studia* a *stupně studia*.

V českém prostředí nebylo dosud provedeno mnoho studií zaměřujících se na toto téma a předkládaná práce by mohla být přínosem a teoretickou oporou v tématech duševního zdraví během pandemie, případně nápomocná v přípravě intervenčních programů zaměřujících se na zvládnutí zátěžových životních událostí studentů.

4.3. Výzkumné hypotézy

Na základě uvedených teoretických poznatků a výše stanovených cílů práce nyní uvedeme výzkumné hypotézy.

H1: Existuje rozdíl v uplatnění/ve výběru copingové strategie dle pohlaví.

H2: Negativní copingové strategie pozitivně korelují s vyššími skóry na škále DASS-21.

H3: Negativní copingové strategie pozitivně korelují s vyššími skóry na subškále stresu na škále DASS-21.

H4: Strategie sociální opory negativně koreluje s hrubým skórem na škále DASS-21.

H5: Strategie úniková tendence pozitivně koreluje s vyššími skóry na škále DASS-21.

H6: Strategie úniková tendence pozitivně koreluje s vyššími skóry subškály úzkosti na škále DASS-21.

H7: Hrubý skór subškály vnímaného stresu na škále DASS-21 je vyšší u žen než u mužů.

H8: Hrubý skór subškály vnímaného stresu na škále DASS-21 se liší dle ročníku studia.

H9: Hrubý skór subškály úzkost na škále DASS-21 je vyšší u studentů rodičů než studentů nerodičů.

H10: Hrubý skór na škále DASS-21 je vyšší v případě prodělání onemocnění Covid-19.

H11: Hrubý skór na škále DASS-21 se liší dle formy studia.

H12: Hrubý skór na škále DASS-21 se liší dle stupně vysokoškolského studia.

5. Aplikovaná metodika

Vzhledem k povaze práce byl zvolen *kvantitativní přístup*. Designem předkládané práce je *dotazníkové šetření*. Konkrétními výzkumnými metodami jsou sebesposuzovací inventář a škála, které řadíme z obecného pohledu mezi testy osobnosti. Kerlinger (1972) definuje psychologické testy jako systematický postup, kdy se respondentovi předloží soubor konstruovaných podnětů a on je následně vyplňuje (reaguje na podněty). Z odpovědí (reakcí) výzkumník dedukuje, co je na základě testu jedinci vlastní. Testy jsou nástrojem měření. Dle Ferjenčíka (2010) dotazníky a škály v psychologii patří mezi hojně využívané metody zejména díky praktičnosti, úspoře času a finančních prostředků, možnosti zachování anonymity a vyhnutí se zkreslení ze strany tazatele u standardi-

zovaných metod. Naopak nevýhodou je nízká návratnost materiálu, flexibilita ve vyplňování informací a fakt, že nám výsledky ukazují pouze určitou část reality. Měli bychom brát v potaz, že se jedná pouze o nástroj, který spíše interpretuje realitu „tady a teď“.

Ve výzkumu byl použit vícedimenzionální *sebeuposuzovací inventář SVF-78*, který je navzdory problematickému použití při individuální diagnostice doporučen pro výzkumné účely a pro účely porovnání různých populačních skupin (Balcar, Trnka, & Kuška, 2011). Dále byla použita *sebeuposuzovací škála DASS-21*, která byla původně standardizovaná pro neklinickou populaci a hodí se pro screening dospívajících a mladých dospělých. DASS-21 vykazuje vysokou vnitřní konzistenci a diskriminaci pro různá prostředí. Škála tak naplňuje potřeby výzkumu (Psychology Foundation of Australia, 2018). Současně byly použity v obou případech *zkrácené verze metod* pro úsporu času respondentů a zajištění návratnosti materiálu. Obě zkrácené verze vykazují dobré vlastnosti (Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson, 1998; Balcar et al., 2011). Uvedené nástroje byly v přesném znění přepsány do *elektronické podoby*.

Před těmito standardizovanými metodami bylo respondentům položeno několik otázek s nucenou volbou. Konkrétně jsme se dotazovali na *pohlaví, věk, stupeň studia a jeho formu, ročník studia, zda jsou již rodiči a zda prodělali onemocnění Covid-19*. Poslední otázkou v této sekci bylo, zda se respondent léčí v současné době s duševním onemocněním, abychom mohli selektovat pro následnou analýzu jedince, kteří spadají do neklinické populace. Administrace proběhla pomocí platformy Google Forms. Níže se budeme věnovat použitým standardizovaným metodám podrobněji.

5.1. SVF-78

Pro zjišťování copingových strategií byla zvolena metoda SVF-78. Sebeuposuzovací inventář SVF-78 (Stressverarbeitungsfragebogen) je zkrácenou verzí SVF-120. Jedinec hodnotí *individuální tendence* využití různých copingových strategií při vypořádání se se zátěží. U jedinců je rozlišována *pozitivní a negativní strategie*. Předpokládá se, že pozitivní strategie vedou k redukci stresu a negativní strategie směřují k zesílení stresu. Repertoár způsobu zvládnání zátěže považujeme v čase za *stabilní* (Janke & Erdmann, 2003). Souhrn strategií a jejich rozdělení uvádíme níže.

Tabulka č. 3: Souhrn pozitivních a negativních copingových strategií

Pozitivní strategie
Podhodnocení (jedinec si ve srovnání s ostatními přisuzuje menší míru stresu)
Odmítání viny (jedinec si je vědom, že nejde o jeho vlastní odpovědnost)
Odklon (odklon jedince od zátěžových aktivit a situací, případně výběr situací nevyvolávající stres)
Náhradní uspokojení (vyhledávání pozitivních aktivit a situací)
Kontrola situace (aktivní analýza situace, plán, jednání, kontrola a řešení problému)
Kontrola reakcí (jedinec ovládá a udržuje kontrolu nad svými reakcemi)
Pozitivní sebeinstrukce (vlastní kompetence, schopnost kontroly situace)

Negativní strategie
Úniková tendence (rezignace a snaha vyváznout ze zátěžové situace)
Perseverace (jedinec se nedokáže myšlenkově odpoutat od situace)
Rezignace (jedinec se vzdává s pocitem bezmocnosti a beznaděje)
Sebeobviňování (jedinec si připisuje zátěž s odkazem na vlastní chybu)

Další strategie jsou *sociální opora* a *vyhýbání se*, které nepatří ani mezi pozitivní, ani mezi negativní strategie. Dle manuálu jsou označeny za zřídka se vyskytující strategie. V kontextu celosvětové pandemie však mohou být významnými kategoriemi.

SVF-78 využívá *Likertovu škálu*, kdy testovaný jedinec hodnotí svůj souhlas či nesouhlas s určitým tvrzením. Na výběr má z možností:

- „*vůbec ne*“ (0)
- „*spíše ne*“ (1)
- „*možná*“ (2)
- „*pravděpodobně*“ (3)
- „*velmi pravděpodobně*“ (4)

Vyhodnocení probíhá na úrovni *jednotlivých subtestů* a na úrovni tzv. *sekundárních hodnot*. Inventář obsahuje sedmdesát osm tvrzení, které jsou rozloženy do *třinácti subtestů*. Každý subtest sytí šest otázek. Sekundárními hodnotami označujeme rozdělení na *pozitivní* a *negativní strategie*. Pozitivní strategie se dále dělí ještě na tři dílčí strategie (Janke & Erdmann, 2003). V následující analýze pracujeme jednak na úrovni jednotlivých subtestů, ale i se sekundárními hodnotami strategií (pozitivní vs. negativní strategie). Co se týká *reliability*, vnitřní konzistence vypočítaná pomocí *Cronbachovy alfy* je u pozitivních strategií 0,89 a u negativních strategií 0,94 (Janke & Erdmann, 2003).

5.2. DASS-21

Jedná se o sebeposuzovací škálu měřící negativně se projevující *emocionální stavy*, které spojujeme se stavy *deprese, úzkosti a stresu*. Škála se zaměřuje na prožívání během *uplynulého týdne*. DASS-21 je zkrácenou verzí DASS-42 a skládá se pouze z *dvaceti jedna položek* oproti původním čtyřiceti dvěma. DASS-21 obsahuje *tři subškály*, každou z nich sytí sedm položek s podobným obsahem. Škála deprese hodnotí dysforii, pocity beznaděje, sebepodceňování, nedostatek zájmu a celkovou devalvací života. Škála úzkosti měří míru situační úzkosti, subjektivní zážitek úzkosti a fyziologické projevy úzkosti. Škála stresu posuzuje obtížné uvolnění, snadné rozrušení, podráždění a přecitlivělost (Lovibond & Lovibond, 1995). Škála DASS se zdá být vynikajícím nástrojem pro měření míry deprese a nadměrného vnitřního napětí v klinických i neklinických skupinách. Mimo jiné se ukazuje, že zkrácená verze může být vhodnější než plná verze a má určité výhody – např. méně položek (a tedy úsporu času), jasnější položkovou strukturu, menší mezipoložkovou korelaci (Antony et al., 1998).

Během administrace mají respondenti odpovídat bez dlouhého přemýšlení na *čtyřbodové stupnici závažnosti* dle vlastního úsudku zhodnotit míru, do jaké prožívají zmíněné stavy během uplynulého týdne. Možnost výběru vypadá následovně:

- 0 = *vůbec ne* („Neplatilo pro mě vůbec.“)
- 1 = *někdy ano* („Platilo pro někdy nebo do určité míry.“)
- 2 = *často ano* („Platilo pro mě často a do značné míry.“)
- 3 = *téměř vždy* („Platilo pro mě téměř vždy.“)

Skóre pro depresi, úzkost a stres se počítají *sečtením skóre pro příslušné položky*. Ve zkrácené verzi se řídíme součty z původní verze a výsledek dělíme dvěma. Souhrn pro zkrácenou verzi přikládáme v tabulce č. 4. V následující analýze pracujeme jednak se skóry *jednotlivých subškál*, ale i s *celkovými skóry* škály DASS-21.

Tabulka č. 4: Skóry pro interpretaci DASS-21

Kategorie	Deprese	Úzkost	Stres
Normální	0-4	0-3	0-7
Mírná	5-6	4-5	8-9
Středně těžká	7-10	6-7	10-12
Těžká	11-13	8-9	13-16
Extrémně těžká	14 +	10 +	17 +

Co se týká *reliability* škály DASS-21, výzkumy na neklinické populaci ukazují vysokou reliabilitu jak jednotlivých škál, tak škály jako celku. Vnitřní konzistence vypočítaná pomocí *Cronbachovy alfy* je 0,88 u škály deprese, 0,82 u škály úzkost a 0,90 u škály vnímaného stresu, celkově potom 0,93 u škály jako celku (Henry & Crawford, 2005).

V této práci byla použita *česká verze* škály od autora Tomáše Vilimovského a Dalibora Kučery. Tato verze škály je dostupná na oficiálních webových stránkách škály DASS a současně autoři poskytli souhlas s použitím jejich verze překladu.

6. Výběrový a výzkumný soubor, sběr dat, etika výzkumu

Jako *výběrový soubor* byla zvolena populace mladých dospělých, konkrétně českých vysokoškolských studentů ve věku 19-35 let (vycházíme z kategorizace časné dospělosti od Langmeiera & Křejičřívové (2006) a obvyklého věku nástupu na VŠ). Celkem bylo za rok 2021 zapsáno v ČR celkem 304 054 studentů na vysokých školách v České republice. Z toho v *prezenčním studiu* bylo zapsáno 241 834 (79,5 %) studentů. V *distančním a kombinovaném studiu* bylo zapsáno celkem 64 431 (20,5 %) studentů. Výběrový soubor tvoří 134 867 (44,3 %) mužů a 169 187 (55,7 %) žen (MŠMT, 2022).

Metoda výběru respondentů proběhla pomocí záměrného (účelového) výběru. Pro účast ve výzkumu bylo nutné splňovat následující kritéria:

- *Aktuálně probíhající studium na VŠ v České republice* (bakalářského nebo magisterského stupně)
- Studium probíhá *prezenční* nebo *kombinovanou formou*
- Respondent před začátkem pandemie nepatřil *do klinické populace* z hlediska duševního onemocnění
- Respondent *pobývá na území České republiky* v době páté vlny pandemie (z důvodu vystavení se probíhajícím vládním opatřením a nařízením)

Respondenti byli osloveni pomocí letáku na *sociálních sítích*, kde byli vyzváni k vyplnění dotazníku na *platformě Google Forms*. Cílové byli zejména existující studijní skupiny vysokých škol České republiky. Vzhledem k tomu, že se v průběhu sběru dat objevil problém nevyrovnaného poměru studentů prezenčního a kombinovaného studia a později studentů rodičů a nerodičů, respondenti byli oslovováni také pomocí *rodičovských fór*. Odezva byla však minimální a skupiny se bohužel nepodařilo vyrovnat.

Sběr dat probíhal v období od 28. listopadu 2021, kdy byl opětovně vyhlášen na území ČR *nouzový stav* a spolu s ním zavedena mimořádná opatření MZČR pro ochranu obyvatelstva před nákazou onemocněním Covid-19 (Vláda ČR, 2021). Ukončení sběru dat proběhlo na začátku ledna 2022, kdy začalo pro studenty zkouškové období, což by mohlo celkově naše data ovlivnit. Současně na konci prosince uplynulo období vyhlášeného nouzového stavu a nařízena byla již pouze mimořádná opatření (Vláda ČR, 2021).

6.1. Popis výzkumného souboru

Dotazník vyplnilo celkem 231 respondentů. Vyřazeny byly odpovědi těch respondentů, kteří nesplňovali výše uvedená kritéria – 37 respondentů uvedlo, že se řadí mezi klinickou populaci a léčí se s duševním onemocněním, 2 respondenti uvedli vyšší věk než 35 let a 3 respondenti ukončili vyplňování dotazníku předčasně. Do *podrobné analýzy* tedy zahrnujeme celkem 189 respondentů splňující všechna stanovená kritéria.

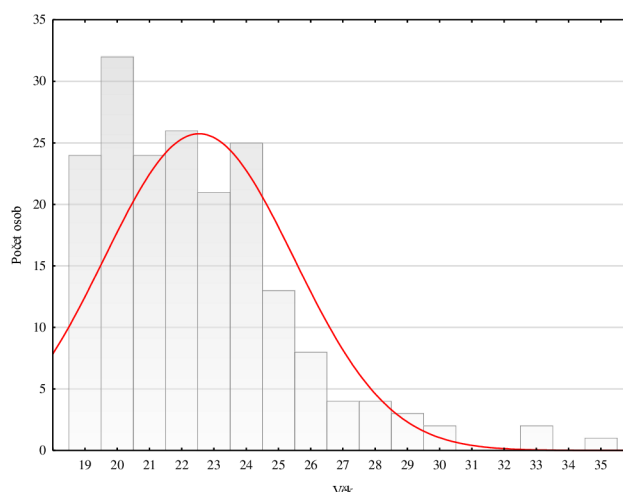
Respondenti byli dotazováni na *věk* a *pohlaví*. Při porovnání výběrového a výzkumného souboru jsme zjistili, že se mezi sebou soubory liší z hlediska pohlaví. Ve výběrovém souboru máme 44,3 % mužů a 55,7 % žen. Oproti tomu ve výzkumném souboru jsme zjistili 29,6 % mužů a 70,4 % žen. Studentky (ženy) v našem souboru značně převažují. U položky pohlaví nikdo z respondentů nezvolil možnost „jiné“. Deskriptivní statistiky uvádíme podrobněji v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5: Rozložení z hlediska pohlaví

	Počet osob	Procenta	Průměr	SD	Minimum	Maximum
Muži	56	29,6 %	22,4	2,7	19	33
Ženy	133	70,4 %	22,6	3,0	19	35
Celkem	189	100 %	22,5	2,9	19	35

Věkové rozpětí respondentů je 19 až 35 let. Průměrný věk respondentů je 22,5 let. Nejčastěji uváděný věk je 20 let (n=32). Z hlediska věku v našem souboru nepozorujeme normální rozdělení. Rozložení zobrazuje graf č. 1 níže.

Graf č. 1: Rozložení výzkumného souboru z hlediska věku



Respondenti byli dále dotazováni na *stupeň, formu a ročník* jejich probíhajícího studia. Studium *bakalářského stupně* uvedlo 111 respondentů (59 %) a *magisterského stupně* 78 respondentů (41 %). Z toho 157 respondentů (83 %) je studenty *prezenčního* studia a 32 respondentů (17 %) je studenty *kombinovaného* studia. Nejpočetněji zastoupenou skupinou jsou studenti prvního ročníku (42 %), naopak nejméně početnou skupinou respondentů (2 %) byli studenti šestého ročníku. Podrobněji viz tabulka č. 6.

Tabulka č. 6: Rozložení z hlediska ročníku studia

	Počet osob	Procenta
První ročník	80	42 %
Druhý ročník	50	27 %
Třetí ročník	30	16 %
Čtvrtý ročník	9	5 %
Pátý ročník	16	9 %
Šestý ročník	4	2 %

Na otázku ohledně *rodičovství* 181 respondentů (96 %) uvedlo, že je bezdětných a 8 respondentů (4 %) uvedlo rodičovství. V souboru mnohonásobně převažují studenti bez probíhajícího rodičovství, což odpovídá realitě také studujících.

Co se týká *prodělání onemocnění Covid-19*, více než polovina respondentů uvedla, že onemocnění Covid-19 neprodělala, asi třetina respondentů uvedla, že nemoc prodělala a méně než pětina respondentů uvedla, že neví, zda onemocnění prodělala. Podrobněji viz tabulka č. 7.

Tabulka č. 7: Prodělání onemocnění Covid-19

	Počet osob	Procenta
Neprodělalo onemocnění Covid-19	99	52 %
Prodělalo onemocnění Covid-19	61	32 %
Neví, zda onemocnění prodělalo	29	15 %

6.2. Etika výzkumu

Ve výzkumu bylo dbáno na základní etická pravidla psychologického výzkumu (APA, 2017). Všichni respondenti se zúčastnili výzkumu *dobrovolně*. V úvodních instrukcích byli srozuměni se *souhlasem k účasti*, pokud budou pokračovat na další část dotazníku. Současně byli srozuměni s možností *ze studie odstoupit* v průběhu testování. Respondenti byli taktéž informováni o *zachování anonymity* jimi poskytnutých dat a jejich využití v bakalářské diplomové práci. Respondentům *byl poskytnut kontakt* pro případné dotazy. S daty bylo po ukončení jejich sběru nakládáno ve smyslu Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (obecné nařízení o ochraně osobních údajů – GDPR), spolu se Zákonem č. 110/2019 Sb. (o zpracování osobních údajů etických pravidel). Odpovědi dotazníku *nebyly nastaveny jako povinné* a respondenti tak dostali možnost neodpovědět na některé z položek testové baterie v případě jejich potřeby.

7. Práce s daty a výsledky výzkumu

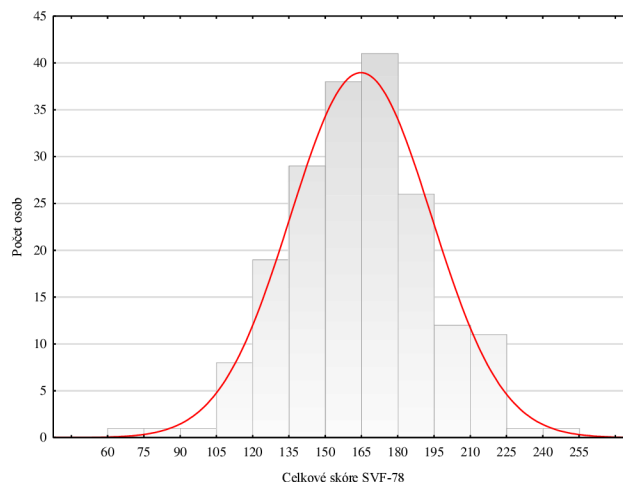
V této kapitole se budeme věnovat vyhodnocení získaných dat a statistickému vyhodnocení stanovených hypotéz. Data byla sbírána pomocí *Google Forms* a následně exportována do *Microsoft Excel*, kde proběhlo přepsání do kvantitativní podoby. Při kontrole položek testové baterie bylo zjištěno *128 nevyplněných položek* v metodách SVF-78 a DASS-21. Vzhledem k tomu, že se v celých dotaznících objevili *maximálně dvě chybějící položky*, byly nahrazeny *průměrnou hodnotou souboru*. Po provedené redukci dat nám vznikla datová matice pro následnou analýzu. Statistická analýza dat probíhala za pomoci programu *Statistica 13*.

7.1. SVF-78

Sebeuposuzovací inventář SVF-78 vyplnilo celkem 189 respondentů. Inventář vyhodnocujeme na *úrovni jednotlivých subtestů (strategií)* a *sekundárních hodnot (pozitivní vs. negativní)*. Reliabilita vnitřní konzistence vypočítaná pomocí *Cronbachovy alfy* je u pozitivních strategií *0,77* a u negativních strategií *0,87*. Tyto výsledky splňují

požadavky na výzkum ($> 0,7$). V našem souboru nepozorujeme v jednotlivých subtestech normální rozdělení, ačkoliv rozdělení souboru celkového skóre SVF-78 normální rozdělení připomíná.

Graf č. 2: Rozložení výzkumného souboru dle celkového skóre SVF-78



Při analýze pracujeme jak s celkovým skóre, tak s jednotlivými subtesty. Normalitu rozložení jednotlivých subtestů jsme testovali pomocí *Shapiro-Wilkova testu*. Je-li p-hodnota větší než 0,05 normalitu proměnných nezamítáme. Vzhledem k tomu, že u většiny subtestů normalitu nepřijímáme, využijeme dále při analýze neparametrické metody. Podrobněji viz tabulka č. 8 níže.

Tabulka č. 8: Výsledky Shapiro-Willkova testu (jednotlivé subtesty)

Subtest (strategie)	W	p-hodnota
Podhodnocení	0,96	< 0,05
Odmítání viny	0,99	> 0,05
Odklon	0,99	> 0,05
Náhradní uspokojení	0,98	< 0,05
Kontrola situace	0,97	> 0,05
Kontrola reakcí	0,99	> 0,05
Pozitivní sebeinstrukce	0,98	< 0,05
Potřeba sociální opory	0,97	< 0,05
Vyhýbání se	0,99	> 0,05
Úniková tendence	0,98	< 0,05
Perseverace	0,94	< 0,05
Rezignace	0,99	< 0,05
Sebeobvniňování	0,98	< 0,05

Dále se podívejme na deskriptivní vlastnosti jednotlivých subtestů. Zjišťujeme, že v průměru nejčastěji využívanou strategií ke zvládnání zátěže za celý zkoumaný soubor je

perseverace, kontrola situace a kontrola reakcí. Strategie kontrola situace a kontrola reakcí jsou považovány za pozitivní strategie zvládnání zátěže a bývají spojovány s analýzou zátěžové situace a plánováním, jak ji aktivně zvládnout, dále kontrolou vlastních reakcí a snahou čelit možnému vzrušení vlivem zátěže. Perseverace je naopak považována za strategii negativní a naznačuje neschopnost odpoutat se od myšlenek probíhající zátěže a tato strategie tak znemožňuje obnovení výchozího stavu.

Tabulka č. 9: Deskriptivní statistiky inventáře SVF-78 (celý soubor)

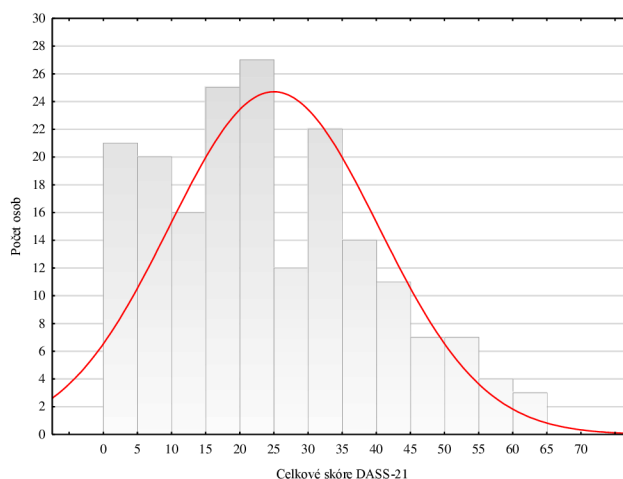
Strategie	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	SD
Podhodnocení	8,6	8	0	23	5,6
Odmítání viny	9,7	10	0	21	4,3
Odklon	12,7	13	1	24	3,8
Náhradní uspokojení	11,5	12	2	24	5,0
Kontrola situace	14,7	15	4	24	3,9
Kontrola reakcí	14,0	14	3	24	4,0
Pozitivní sebeinstrukce	12,8	13	1	23	4,4
Potřeba sociální opory	13,8	14	0	24	6,3
Vyhýbání se	13,7	14	0	24	4,9
Úniková tendence	12,2	12	1	23	5,0
Perseverace	16,0	17	0	24	6,1
Rezignace	11,5	11	0	24	5,4
Sebeobviňování	12,9	13	0	24	5,7

Po detailnější analýze souboru mužů a žen zjišťujeme u *mužů* v průměru nejčastěji využívanou strategii *kontrola reakcí* ($\bar{x}=14,8$), *kontrola situace* ($\bar{x}=14,6$) a *perseverace* ($\bar{x}=14,6$). U *žen* je v průměru nejčastější strategie *perseverace* ($\bar{x}=16,6$), *potřeba sociální opory* ($\bar{x}=15,5$) a *kontrola situace* ($\bar{x}=14,8$).

7.2. DASS-21

Škálu DASS-21 vyplnilo celkem 189 respondentů. Reliabilita vnitřní konzistence vypočítaná pomocí *Cronbachovy alfy* je 0,86. Rozložení souboru dle celkového skóre uvádíme v grafu č. 3, v našem souboru nepozorujeme normální rozdělení.

Graf č. 3: Rozložení výzkumného souboru dle celkového skóre DASS-21



Průměrný hrubý skór škály byl 24,8 bodů se směrodatnou odchylkou 15,3. Minimální naměřenou hodnotou byl skór 1 a maximální 63. Podrobné deskriptivní vlastnosti všech subškál uvádíme v tabulce č. 10.

Tabulka č. 10: Deskriptivní statistiky škály DASS-21 (celý soubor)

Škála	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	SD
Deprese	9,1	8	0	21	6,4
Úzkost	6,1	6	0	21	5,2
Stres	9,7	10	0	21	5,3
Celkové skóre	24,9	23	1	63	15,3

Z hlediska kategorie závažnosti se *průměrné hodnoty subškál* pohybují v kategorii *středně těžká*.

7.3. Ověření hypotéz

Nyní se budeme věnovat ověření platnosti stanovených hypotéz. Vzhledem k povaze dat pracujeme s neparametrickými metodami. Hypotézy testujeme na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, která vypovídá o 5% možnosti falešně pozitivních výsledků.

H1: Existuje rozdíl v uplatnění/ve výběru copingové strategie dle pohlaví.

Pomocí Shapiro-Wilkova testu jsme zjistili, že většina proměnných nevykazuje normální rozdělení. Hypotézu testujeme na základě jednotlivých subškál SVF-78 pomocí neparametrické metody Mann-Whitneyův U test. Postupně srovnáváme každou ze třinácti strategií dle pohlaví.

Tabulka č. 11: Rozdíly ve výběru copingové strategie dle pohlaví (SVF-78)

Strategie	U	Z	p-hodnota	AUC
Podhodnocení	3064,5	-1,92	0,06	0,41
Odmítání viny	3613,0	-0,32	0,75	0,49
Odklon	2919,5	2,34	< 0,05	0,39
Náhradní uspokojení	2721,5	2,92	< 0,01	0,37
Kontrola situace	3621,0	-0,30	0,77	0,49
Kontrola reakcí	3119,0	-1,76	0,08	0,42
Pozitivní sebeinstrukce	3380,5	-1,00	0,32	0,45
Potřeba sociální opory	1885,5	5,35	< 0,001	0,25
Vyhýbání se	2363,0	3,96	< 0,001	0,32
Úniková tendence	2847,0	2,55	< 0,05	0,38
Perseverace	3030,0	2,02	< 0,05	0,41
Rezignace	3284,0	1,28	0,20	0,44
Sebeobviňování	3305,0	1,22	0,22	0,44

Prokázali jsme rozdíl ve výběru některých copingových strategií v závislosti na pohlaví. Velmi vysoce signifikantní rozdíl se podařilo prokázat ve výběru strategie *potřeba sociální opory* a *vyhýbání se*. Vysoce signifikantní rozdíl jsme našli u strategie *náhradní uspokojení* a signifikantní rozdíl u strategií *odklon*, *úniková tendence* a *perseverace*. U strategií *podhodnocení* a *kontrola reakcí* existuje trend. Hypotézu přijímáme.

H2: Negativní copingové strategie pozitivně korelují s vyššími skóry na škále DASS-21.

Pro ověření platnosti této hypotézy jsme zvolili neparametrický test Spearmanova korelačního koeficientu. Nabízí nám robustnější metodu, která se vyrovná s outliery, které jsme v měření pozorovali. Mezi negativními copingovými strategiemi a vyššími skóry na škále DASS-21 jsme našli silný vztah $r_s(189) = 0,61$ statisticky významný na hladině $p < 0,001$. Hypotézu přijímáme.

H3: Negativní copingové strategie pozitivně korelují s vyššími skóry na subškále stresu na škále DASS-21.

Pro testování této hypotézy jsme použili Spearmanův korelační koeficient. Mezi negativními copingovými strategiemi a vyššími skóry na subškále stresu na škále DASS-21 jsme silný vztah $r_s(189) = 0,56$ statisticky významný na hladině $p < 0,001$. Hypotézu přijímáme.

H4: Strategie sociální opory negativně koreluje s hrubým skórem na škále DASS-21.

Hypotézu testujeme za pomoci Spearmanova korelačního koeficientu. Podařilo se nám nalézt pouze zanedbatelný vztah $r_s(189) = 0,12$ bez statistické významnosti ($p = 0,09$). Strategie sociální opory a hrubé skóre na škále DASS-21 nejsou korelované. Hypotézu nepřijímáme.

H5: Strategie úniková tendence pozitivně koreluje s vyššími skóry na škále DASS-21.

Hypotézu testujeme za pomoci Spearmanova korelačního koeficientu. Zjistili jsme středně silný vztah mezi strategií úniková tendence a skóre na škále DASS-21 $r_s(189) = 0,45$ statisticky významný na hladině $p < 0,001$. Hypotézu přijímáme.

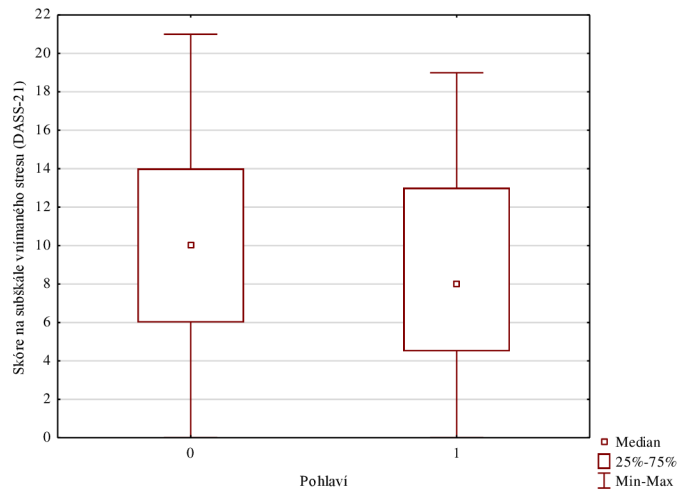
H6: Strategie úniková tendence pozitivně koreluje s vyššími skóry subškály úzkosti na škále DASS-21.

Pro testování hypotézy jsme použili Spearmanův korelační koeficient. Mezi strategií úniková tendence a subškálou úzkosti na škále DASS-21 byl zjištěn středně silný vztah $r_s(189) = 0,44$ statisticky významný na hladině $p < 0,001$. Hypotézu přijímáme.

H7: Hrubý skór subškály vnímaného stresu na škále DASS-21 je vyšší u žen než u mužů.

Hypotézu testujeme za pomoci Mann-Whitneyova U testu. Zjišťujeme signifikantní rozdíl na subškále vnímaného stresu mezi muži a ženami $U = 3148,0$, $Z = 1,68$, $p < 0,05$, $AUC = 0,42$. Ženy skórují v subškále vnímaného stresu výše než muži. Hypotézu přijímáme.

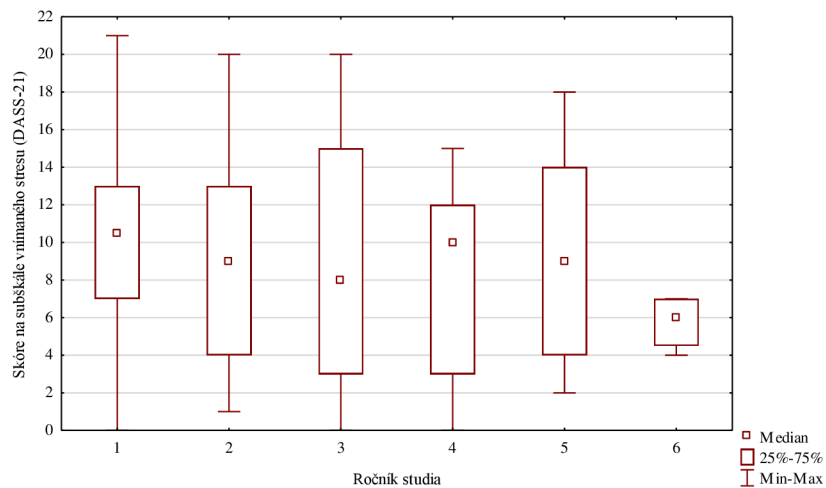
Graf č. 4: Skóre vnímaného stresu na škále DASS-21 v závislosti na pohlaví



H8: Hrubý skór subškály vnímaného stresu na škále DASS-21 se liší dle ročníku studia.

Hypotézu testujeme za pomoci Kruskal-Wallisova testu. Nezjistili jsme signifikantní rozdíly v hrubém skóre na subškále vnímaného stresu na škále DASS-21 v závislosti dle studovaného ročníku studia $H(5) = 5,99$, $p = 0,31$. Hypotézu nepřijímáme.

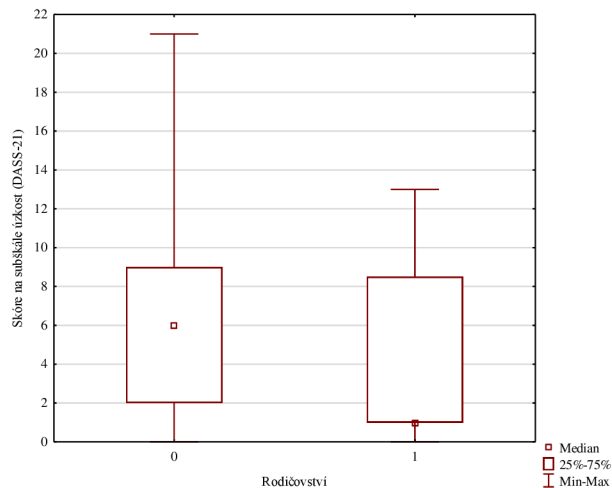
Graf č. 5: Skóre vnímaného stresu na škále DASS-21 v závislosti na ročníku studia



H9: Hrubý skór subškály úzkost na škále DASS-21 je vyšší u studentů rodičů než studentů nerodičů.

Hypotézu testujeme pomocí Mann-Whitneyova U testu. Mezi studenty rodiči a nerodiči nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ve skóre na subškále úzkosti na škále DASS-21 $U = 539,5$, $Z = 1,22$, $p = 0,11$, $AUC = 0,072$. Hypotézu nepřijímáme.

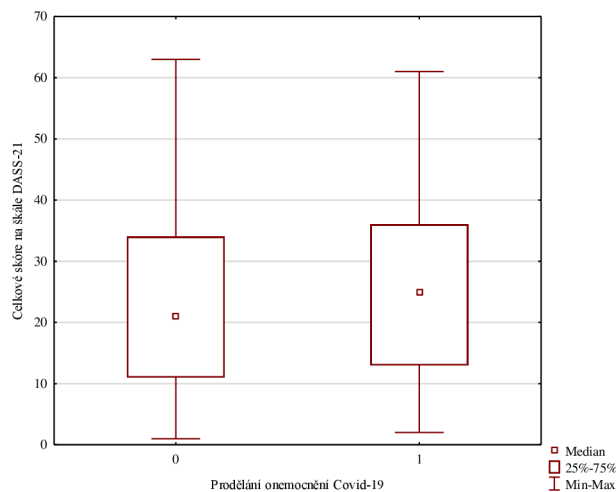
Graf č. 6: Skóre úzkosti na škále DASS-21 v závislosti na rodičovství



H10: Hrubý skór na škále DASS-21 je vyšší v případě prodělání onemocnění Covid-19.

Hypotézu testujeme za pomoci Mann-Whitneyova U testu. V hrubém skóre na škále DASS-21 nebyl prokázán rozdíl v závislosti na prodělání onemocnění Covid-19 $U = 2765,0$, $Z = -0,89$, $p = 0,37$, $AUC = 0,37$. Hypotézu nepřijímáme.

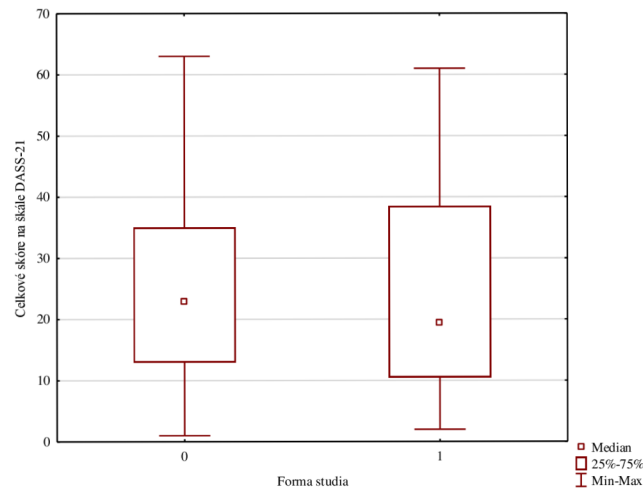
Graf č. 7: Celkové skóre na škále DASS-21 v závislosti na prodělání onemocnění Covid-19



H11: Hrubý skór na škále DASS-21 se liší dle formy studia.

Hypotézu testujeme za pomoci Mann-Whitneyova U testu. Nejistili jsme signifikantní rozdíl v hrubém skóre na škále DASS-21 v závislosti na formě studia $U = 2408,5$, $Z = 0,37$, $p = 0,71$, $AUC = 0,32$. Studenti prezenčního a kombinovaného studia se v našem výzkumném souboru ve skórech na škále DASS-21 neliší. Hypotézu nepřijímáme.

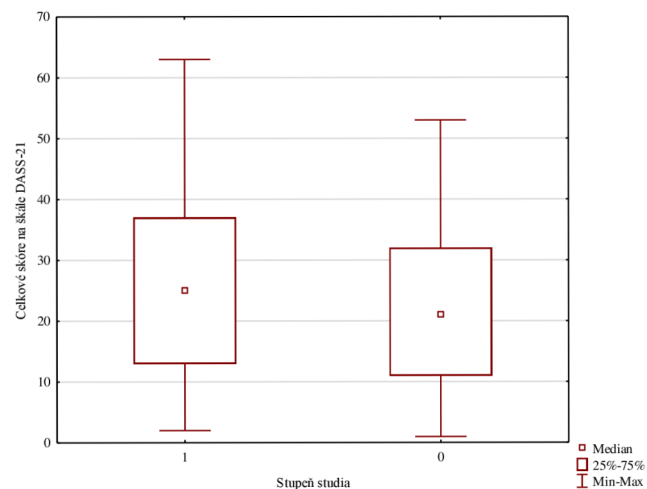
Graf č. 8: Celkové skóre na škále DASS-21 v závislosti na formě studia



H12: Hrubý skór na škále DASS-21 se liší dle stupně vysokoškolského studia.

Hypotézu testujeme za pomoci Mann-Whitneyova U testu. Nenalezli jsme signifikantní rozdíl ve skóre na škále DASS-21 v závislosti na stupni vysokoškolského studia $U = 3681,0$, $Z = 1,75$, $p = 0,08$, $AUC = 0,49$. Studenti bakalářského a magisterského studia se v našem souboru neliší v hodnotách celkového skóre na škále DASS-21. Hypotézu nepřijímáme.

Graf č. 9: Celkové skóre na škále DASS-21 v závislosti na stupni studia



Pro zpřehlednění výsledku statistické analýzy a ověření hypotéz na tomto místě přikládáme tabulku se souhrnem výsledků a závěrů proběhlé analýzy.

Tabulka č. 12: Souhrn výsledků hypotéz

Znění hypotézy	p-hodnota	Závěry
H1: Existuje rozdíl v uplatnění/ve výběru copingové strategie dle pohlaví.	< 0,001	přijímáme
H2: Negativní copingové strategie pozitivně korelují s vyššími skóry na škále DASS-21.	< 0,001	přijímáme
H3: Negativní copingové strategie pozitivně korelují s vyššími skóry na subškále stresu na škále DASS-21.	< 0,001	přijímáme
H4: Strategie sociální opory negativně koreluje s hrubým skórem na škále DASS-21.	0,09	nepřijímáme
H5: Strategie úniková tendence pozitivně koreluje s vyššími skóry na škále DASS-21.	< 0,001	přijímáme
H6: Strategie úniková tendence pozitivně koreluje s vyššími skóry subškály úzkosti na škále DASS-21.	< 0,001	přijímáme
H7: Hrubý skór subškály vnímaného stresu na škále DASS-21 je vyšší u žen než u mužů.	< 0,05	přijímáme
H8: Hrubý skór subškály vnímaného stresu na škále DASS-21 se liší dle ročníku studia.	0,31	nepřijímáme
H9: Hrubý skór subškály úzkost na škále DASS-21 je vyšší u studentů rodičů než studentů nerodičů.	0,11	nepřijímáme
H10: Hrubý skór na škále DASS-21 je vyšší v případě prodělání onemocnění Covid-19.	0,37	nepřijímáme
H11: Hrubý skór na škále DASS-21 se liší dle formy studia.	0,71	nepřijímáme
H12: Hrubý skór na škále DASS-21 se liší dle stupně vysokoškolského studia.	0,08	nepřijímáme

8. Diskuze

Předkládaná práce se zabývala *copingovými strategiemi a jejich souvislostí s duševním zdravím u studentů českých vysokých škol během pandemie Covid-19*. Pandemie bývá v České republice rozdělována do několika vln. V této práci jsme se konkrétně zabývali již pátou vlnou pandemie, která byla v ČR datována cca od poloviny září 2021. Konec páté vlny pandemie není snadné časově ohraničit. Na základě denních přírůstků nakažených ji můžeme datovat cca ke konci prosince 2021 (ČT 24, 2021). Dosavadní výzkumy z předchozích období pandemie naznačují, že s sebou pandemie Covid-19 přinesla *zvýšenou psychosociální a zdravotní zátěž*, která se taktéž odrazila v ohrožení duševního zdraví jedince (Buchtová & Kusnieriková, 2020). Zkoumanou populací byli *studenti českých vysokých škol*, kteří podle dosavadních poznatků patřili během pandemie Covid-19 mezi *ohrožené* z hlediska *rozvoje duševních poruch* vlivem zvýšené stresové zátěže (AlAteeq et al., 2020; Wang et al., 2020).

V předchozích studiích se ukázal pro změnu duševního zdraví jako důležitý faktor *pohlaví* jedince. *Ženy* obecně vykazovaly *nižší toleranci vůči vnímanému stresu* než muži (AlAteeq et al., 2020; Debowska, 2020). V našem výzkumu se setkáváme se stejným závěrem. *Ženy* jsou i v našem souboru méně tolerantní vůči vnímanému stresu a na subškále vnímaného stresu na škále DASS-21 skórují výše než muži. Můžeme se domnívat, že *ženy* jsou v období zvýšené stresové zátěže zranitelnější vůči vzniku duševního onemocnění, kde se stres může stát podstatně rizikovým spouštěcím mechanismem.

Jako rizikový se ukázal v dosavadních poznatcích pro vnímání stresu také *věk* a *ročník studia* respondentů (AlAteeq et al., 2020; Aslan & Pekince, 2021). V našem výzkumném souboru jsme nicméně nenalezli dostatek důkazů a nepozorujeme významné rozdíly ve skórech DASS-21 napříč ročníky studia. Dále jsme testovali, zda naši respondenti vykazují rozdíly v duševním zdraví podle skóreů na škále DASS-21 (resp. v symptomech duševního onemocnění) v závislosti na *formě* a *stupni studia*. Ani v jednom případě jsme však nenalezli dostatek důkazů pro potvrzení naší hypotézy. Rozcházíme se tak s tvrzením jiných autorů (Hossain et al., 2020), kteří v předchozích studiích uvádějí rozdíly v duševním zdraví dle úrovně studia. Tento rozpor však může být způsobený menším počtem respondentů v některých skupinách v našem výzkumném souboru, což mohlo způsobit, že se předpokládaný rozdíl neprojevil jako signifikantní.

Baloran (2020) ve své studii podotýká, že vysoké procento studentů během pandemie využívá *copingové strategie zaměřené na problém*. To pozorujeme také v našem zkoumaném souboru. Dle inventáře SVF-78 jako copingové strategie zaměřené na problém chápeme *strategie kontroly* (konkrétně strategie kontrola situace, kontrola reakcí a pozitivní sebeinstrukce), které reprezentují aktivní snahu pro zvládnání situace a kompetence k řešení situace. Strategie *kontrola situace* a *kontrola reakcí* byly v našem souboru v průměru druhou a třetí nejčastěji volenou copingovou strategií. Nicméně nejčastější strategií, která byla v průměru respondenty volena, byla *negativní strategie perseverace*, která značí neschopnost odpoutat se myšlenkově od nastalé situace a vyznačuje se negativními myšlenkami a neustálým přemítáním o zátěžové situaci.

Wang et al. (2020) zdůrazňuje jako účinnou strategii ke zmírnění stresu a úzkosti podporu komunity, rodiny a přátel. V našem výzkumu pozorujeme *strategii sociální opory* jako v průměru čtvrtou nejvíce využívanou copingovou strategii. Co se týká výběru copingové strategie v závislosti na *pohlaví*, pozorujeme v našem souboru rozdíl právě u strategie potřeby sociální opory, kdy ji ženy vyhledávají častěji než muži, což je v souladu také s poznatky Paulíka (2012). Další rozdíly v závislosti na pohlaví pozorujeme u strategií vyhýbání se, strategie náhradní uspokojení, odklon od situace, úniková tendence a perseverace.

Hossain et al. (2020) uvádí jako rizikový faktor depresivně-úzkostné symptomatiky *nedostatek sociální opory*. V naší studii jsme také zjišťovali, zda strategie sociální opory souvisí s duševním zdravím a zda jedinci využívající podporu komunity a přátel dosahují nižších skóre na škále DASS-21. Nenalezli jsme však dostatek důkazů pro potvrzení této hypotézy.

Předchozí poznatky naznačily copingové strategie, které bývají spojovány s horším duševním zdravím – jsou jimi konkrétně poruchy v příjmu potravy, nepřijetí pandemické situace, sebezpozorování a sebeobviňování (Dewa et al., 2021). Jiní autoři zdůrazňují také vyšší míru úzkosti u jedinců, kteří volí *únikové copingové strategie* (Savitsky et al., 2020). Tyto copingové strategie z pohledu SVF-78 můžeme považovat za strategii *vyhýbání se, úniková tendence* a *sebeobviňování*. Strategii úniková tendence a sebeobviňování řadíme mezi negativní copingové strategie. Volba *negativních copingových strategií* v našem souboru *souvisí s vyššími skóre na škále DASS-21*. Můžeme se tedy domnívat, že tyto copingové strategie i v našem souboru naznačují horší

duševní zdraví a jedinci, kteří volí negativní copingové strategie uvádějí více *symptomů deprese, úzkosti a vnímaného stresu* než ti, kteří volí pozitivní copingové strategie.

Jako významný faktor pro zvýšení míry *úzkosti* během pandemie Covid-19 Savitsky et al. (2020) uvádějí *rodičovství*. V našem souboru studentů jsme nenalezli důkazy pro potvrzení této hypotézy, nicméně je nutné na tomto místě zmínit, že se nám nepodařilo vyrovnat rozdíl v počtu studentů rodičů a studentů nerodičů, a v počtu jedinců pozorujeme markantní rozdíl mezi soubory, což nám znesnadňuje učinit důvěryhodné závěry.

Předchozí studie přinášejí znepokojující zjištění ohledně zvýšeného výskytu symptomů duševního onemocnění u jedinců, kteří *prodělali onemocnění Covid-19* oproti těm, kteří ho neprodělali (Mazza et al., 2020; Taquet et al., 2020). V našem souboru uvedla zhruba třetina respondentů, že onemocnění prodělala a zhruba polovina, že onemocnění neprodělala. Zbytek respondentů si nebyl jistý. Na škále DASS-21 jsme nepozorovali významné rozdíly mezi skupinou respondentů, kteří onemocnění Covid-19 prodělali a těmi, kteří ne. Ani pro tuto hypotézu tedy nenacházíme dostatek důkazů a nemůžeme potvrdit zvýšený výskyt symptomů duševního onemocnění u těch, kteří onemocnění Covid-19 prodělali.

Na samém závěru se dostáváme k *limitům* této bakalářské práce. Jedním z hlavních limitů práce se stala *přístupnost do vybraných skupin* studentů. Na rozložení z hlediska věku a ročníku studia je zřejmé, že mladší (a zároveň bezdětní) studenti a studenti prezenčního studia byli ochotnější k vyplnění testové baterie než jejich starší kolegové. Ve výzkumu se nám nepodařilo zajistit stejně početné skupiny a v příštím výzkumu by bylo vhodné zaměřit se předem na *způsob a postup administrace* testové baterie tak, aby bylo tomuto problému zamezeno.

Dalším z limitů práce je využití *sociálních sítí a fór* k šíření vytvořeného dotazníku, kdy nemůžeme garantovat spolehlivé a pravdivé vyplnění dotazníku, protože nemůžeme ověřit, kdo dotazník vyplňoval. Současně je značnou nevýhodou, že nemůžeme respondenta upozornit na *nevyplněné položky* dotazníku. Během sběru dat byla autorka upozorněna na nepochopení některých položek inventáře SVF-78, což byl důvod několika respondentů, aby dotazník vůbec nevyplnili. Limitem mohla být taktéž *délka a nízká atraktivita* vyplňování testové baterie, což odradilo některé respondenty a dotazník nedokončili.

Testová baterie byla nastavena tak, aby *nebylo povinné zodpovězení* všech položek. Záměrem bylo, abychom zvýšili pohodlí respondentů při vyplňování dotazníku a nenutili je bezpodmínečně k odpovědi. Někteří respondenti tak vynechali určité odpovědi, což mohlo být jednak délkou testové baterie, nepozorností, ale i neochotou odpovídat. Během analýzy dat byly nevyplněné položky nahrazeny průměrnými hodnotami souboru, čímž dochází k určitému zkreslení dat, se kterým je nutné počítat.

Neopomeneme zde zmínit *obecný limit* použití *sebeuposuzujících metod*. Při vyplňování sebeuposuzujících škál a inventářů mohou respondenti tíhnout k sociální desirabilitě a vyplňovat testovou baterii sociálně žádoucím způsobem, aby se prezentovali jako lepší a zdravější, než je tomu ve skutečnosti.

Z pohledu zkoumání copingových strategií by bylo v příštích studiích vhodné zařadit *kratší a modernější kvantitativní metodu*, případně doplnit výzkum *kvalitativními metodami* pro detailnější pochopení jejich souvislostí s duševním zdravím. Z hlediska tématu je jistým limitem také neočekávatelný *vývoj pandemické situace* a nejenom její proměnlivost, ale i proměnlivost nařízení, která se v České republice odehrála. To vedlo ke komplikacím v načasování samotného sběru dat, ale celý vývoj pandemie a platných nařízení mohl ovlivnit *ochotu respondentů* účastnit se studie. Ani přes opakované sdílení testové baterie se nepodařilo získat větší počet respondentů, kteří již mohli být unaveni trávením času v online prostředí a mít tak nízkou ochotu k vyplnění testové baterie. Současně se vliv na duševní zdraví během délky pandemie mohl proměňovat a pozorované fenomény na začátku pandemie nemuseli pokračovat ve vlnách následujících. Možností je také vznik nových fenoménů v pozdějších vlnách.

Studie může mít svůj přínos vzhledem k *prozkoumání fenoménu zvládnání zátěže v kontextu pandemie* a současné může být podkladem pro další studie v případě opakování se podobných pandemických omezení do budoucna. Studie může být také odrazovým můstkem v přípravě intervencí pro vybrané rizikové skupiny a podkladem pro metodická doporučení pro zvládnání stresu, péči o duševní zdraví a nácvik efektivních copingových strategií pro zvládnání zátěže.

9. Závěry

Bakalářská diplomová práce se zabývala copingovými strategiemi studentů českých vysokých škol a jejich souvislostí s duševním zdravím během pandemie Covid-19. Zjistili jsme, že existuje rozdíl ve výběru copingové strategie v závislosti na pohlaví ($p < 0,001$). Muži častěji využívají strategii kontrola reakcí ($\bar{x}=14,8$), kontrola situace ($\bar{x}=14,6$) a perseverace ($\bar{x}=14,6$). Ženy nejčastěji tíhnou ke strategii perseverace ($\bar{x}=16,6$), potřeba sociální opory ($\bar{x}=15,5$) a kontrola situace ($\bar{x}=14,8$). Dále jsme našli důkazy pro potvrzení, že negativní copingové strategie souvisejí s vyššími skóry na škále DASS-21 ($p < 0,001$) a domníváme se tak, že uplatnění negativních copingových strategií souvisí s výskytem symptomů duševního onemocnění. Potvrzujeme také předpoklad, že copingová strategie úniková tendence souvisí s vyššími skóry na škále DASS-21 ($p < 0,001$). Na základě dat potvrzujeme také hypotézu, že ženy oproti mužům vykazují v našem souboru vyšší skóry vnímaného stresu na škále DASS-21 ($p < 0,05$). Předpoklad, že vyhledání sociální opory souvisí s nižšími skóry na škále DASS-21 se v našem souboru nepotvrdil. Nepotvrzujeme ani předpoklad, že hrubý skór na škále vnímaného stresu ve škále DASS-21 se liší v závislosti na ročníku studia. Stejně tak jsme nenalezli důkazy, že se hrubý skór na škále DASS-21 liší v závislosti na formě a stupni studia, ani v závislosti na rodičovství. Předpoklad, že jedinci po prodělání onemocnění Covid-19 dosahují vyšších skórů na škále DASS-21 se taktéž nepotvrdil.

10. Souhrn

Bakalářská diplomová práce nese název *Copingové strategie studentů českých vysokých škol a jejich souvislost s duševním zdravím během pandemie Covid-19*. Práce má dvě části. První část vymezuje *teoretická východiska* zvoleného tématu a druhá část se zaměřuje na *metodologii* provedeného výzkumu a *interpretaci výsledků* získaných dat.

Zaměřujeme se na *pátou vlnu pandemie Covid-19* datovanou cca od poloviny září 2021, kdy byl v České republice opětovně vyhlášen nouzový stav. Konkrétně jsme se zabývali *studenty českých vysokých škol ve věku 19–35 let* a jejich copingovými strategiemi v souvislosti duševního zdraví. Cílem práce bylo prozkoumat uplatněné copingové strategie u studentů *neklínické populace*. Dalším cílem bylo prozkoumat souvislost uplatněných copingových strategií s duševním zdravím (resp. symptomy stresu, úzkosti a deprese) studenta v kontextu pandemie. Studie se zúčastnilo celkem 231 respondentů, z toho *189 splnilo kritéria účelového výběru* a jimi poskytnutá data mohla být dále analyzována.

Období pandemie dle Buchtové & Kusnierikové (2020) nese společně s onemocněním Covid-19 zvýšená psychosociální rizika (resp. přináší chronickou stresovou zátěž), což může u jedince vyvolávat změny v oblasti duševního zdraví. V předchozích studiích se ukázalo, že mezi ohroženou skupinu z hlediska *vnímání stresu* a *zvládnání zátěže* patří *studenti*, na které se tato práce zaměřuje (AlAteeq, 2020; Wang et al., 2020). Pomineme-li období pandemie Covid-19, někteří autoři poukazují na zvýšenou psychickou zátěž u studentů způsobenou různými vlivy jako např. ekonomická nestabilita, zmatení rolí, časový tlak, obavy z neúspěchu, tlak na výkon a nadměrná pracovní zátěž (Bedewy & Gabriel, 2015; Bhujade, 2017). V reakci na stres byly u studentů pozorovány následující projevy – *únava, úzkost, deprese, problematické vztahy, poruchy příjmu potravy* atd. V literatuře se v tomto kontextu setkáváme s pojmem akademický stres, který chápeme jako proces interakce jedince ve vysokoškolském prostředí se stresory pocházející z akademického prostředí, ve spojení jeho osobnosti a dopadem stresoru na jeho chování a well-being (Li, 2002; Pozos-Radillo et al., 2014). Adlaf et al. (2001) se domnívají, že vysokoškolští studenti mohou zažívat statisticky více stresu než ostatní lidé v populaci.

Paulík (2012) zdůrazňuje *psychický charakter zátěže* u vysokoškolských studentů. Studující jedinci mohou být vystaveni zátěži kognitivní, emocionální i fyziologické během krátkého časového období. Nejčastější copingovou strategií, kterou studenti

využívají, je strategie *řešení problému* a *kognitivní restruktura*ce. Dosavadní studie naznačují, že *maladaptivní copingové strategie* jsou nejvýznamnějším *prediktorem vnímaného stresu, deprese a úzkosti* (Mahmoud et al., 2012). Baloran (2020) zkoumal chování studentů během lock-downu a uvádí vysoké procento studentů, kteří volí copingové *strategie zaměřené na problém*. Také v naší studii jsou adaptivní strategie zaměřené na problém a aktivní snaha o vyrovnání se se zátěží na prvních příčkách v průměru volených copingových strategií. Kar et al. (2021) uvádějí, že adaptivní copingové strategie ve stresových situacích jsou důležité, protože mohou *zabránit vzniku duševních poruch* vyvolaných stresem. V naší studii potvrzujeme předpoklad, že jedinci, kteří volí negativní copingové strategie vykazují vyšší skóre na škále DASS-21 a tedy vykazují více symptomů úzkosti, stresu a deprese.

Během pandemie Covid-19 byla studenty používána široká škála copingových strategií. To mimo jiné odkazuje k již zmíněné *neshodě v teoretickém vymezení* tohoto konceptu. V průběhu života pravděpodobně dochází ke změnám na základě zkušeností, tím se vytváří osobnostně specifická časová a situační stabilita dovednosti zvládat stres. Neuroticismus a míra vnímaného stresu ovlivňuje volbu copingové strategie, zejm. maladaptivní. Wang et al. (2020) uvádějí jako nejčastěji volenou copingovou strategii ke zmírnění stresu nebo úzkosti *podporu komunity, rodiny a přátel*. Dewa et al. (2021) uvádějí copingové strategie, které souvisejí s horším duševním zdravím. Jedná se o poruchy příjmu potravy, nepřijetí pandemické situace, sebezpozorování a sebeobviňování. Popsány jsou *genderové rozdíly* ve volbě copingových strategií – ženy častěji volí strategii sociální opory, muži vykazují častěji strategii sebeobviňování a sociální izolace (Paulík, 2012). V naší studii jsme našli důkazy, že existuje rozdíl ve volbě copingových strategií v závislosti na pohlaví. Rozdíl existuje zejména u *strategie potřeba sociální opory a vyhýbání se, strategie náhradní uspokojení a dále u strategií odklon, úniková tendence a perseverace*. Strategie *perseverace* je v našem souboru v průměru *nejčastější volbou* ve zvládnutí zátěže, což naznačuje náročnost ve vyrovnání se s pandemickou situací. Strategii *perseverace* a *potřeba sociální opory* více využívají ženy.

Hossain et al. (2020) shrnují rizikové faktory depresivně-úzkostné symptomatiky během pandemie Covid-19 a v naší práci na základě těchto dat pracujeme s *faktory věku* (v mladší dospělosti vyšší úzkost než ve střední dospělosti), *pohlaví* (senzitivnější k úzkostné symptomatice jsou ženy), *vzdělání* (vyšší úroveň je protektivním faktorem), *psychosociální opora* jako protektivní faktor a *prodělání onemocnění Covid-19*. V našem

souboru jsme *nenalezli rozdíly* ve stupni ani formě vzdělání, podobně mezi ročníky studia nepotvrzujeme rozdíly. Naopak nacházíme rozdíly v závislosti na pohlaví jedince.

Studie nejasně oddělují dopady restriktivních opatření a samotné nemoci Covid-19 (Taquet et al., 2020). Existují dva pohledy na etiologii vzniku duševní poruchy – *psychosociální* (snížení mobility obyvatelstva, pobyt mimo vrstevnickou skupinu, uzavírání škol a podniků, snížení sociálních interakcí a obavy z ekonomických dopadů) a *biologická* (Buchtová & Hrušková Kusnieriková, 2021). Lock-down omezil běžné chování studentů a byla snížena fyzická aktivita, což autoři spojují se snížením duševní pohody. Byla zjištěna také asociace mezi vnímaným stresem a *sedavým chováním* (Savage et al., 2020). Trend depresivních příznaků se zvyšoval s *délkou trvání pandemie* a studenti ve věku 18–24 let vykazovali více příznaků deprese, úzkosti a sebevražednosti (z AJ suicidality – zahrnuje sebevražedné myšlenky, plány, tendence) než dospělí studenti starší 25 let (Debowska et al., 2020). V naší studii jsme zjišťovali, zda jedinci, kteří prodělali onemocnění Covid-19 skórují výše než jedinci, kteří nemoc neprodělali a nenalezli jsme signifikantní rozdíly.

Izraelská studie odhalila během pandemie Covid-19 prevalenci středně těžké a těžké *úzkosti* u 42,8 % studentů. Vyšší skóre bylo spojeno s faktory *pohlaví, dostupností ochranných pomůcek, strachem z nákazy*. Dále bylo zjištěno, že *únikové copingové strategie a rodičovství* byly spojeny s vyššími skóre *úzkosti* (Savitsky et al., 2020). V naší studii jsme našli důkazy, že strategie úniková tendence souvisí s vyššími skóre na subškále úzkosti na škále DASS-21 a potvrzujeme také předpoklad, že souvisí s celou škálou DASS-21. Naopak předpoklad, že rodičovství je rizikový faktorem a tedy předpokládáme vyšší skóre na škále DASS-21 nepotvrzujeme.

Zdroje

Adam, Z., Klimeš, J., Pour, L., Král, Z., Onderková, A., Čermák, A., & Vorlíček, J. (2019). *Maligní onemocnění, psychika a stres*. Praha: Grada.

Adlaf, E. M., Gliksman, L., Demers, A., & Newton-Taylor, B. (2001). The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: Findings from the 1998 Canadian campus survey. *Journal of American College Health*, 50, 67-72. doi: 10.1080/07448480109596009

Aldwin, C. M. (2008). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. Guilford Press.

Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 337. doi: 10.1037/0022-3514.53.2.337

AlAteeq, D. A., Aljhani, S., & AlEesa, D. (2020). Perceived stress among students in virtual classrooms during the COVID-19 outbreak in KSA. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 15(5), 398-403. doi: 10.1016/j.jtumed.2020.07.004

Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176–181. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176

American Psychological Association. (2017). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Ziskáno 10. listopadu 2021 z <https://www.apa.org/ethics/code>

Arnett, J. J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for?. *Child Development Perspectives*, 1(2), 68-73. doi: 10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x

Aslan, H., & Pekince, H. (2021). Nursing students' views on the COVID-19 pandemic and their perceived stress levels. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 695-701. doi: 10.1111/ppc.12597

- Bailey, A. P., Hetrick, S. E., Rosenbaum, S., Purcell, R., & Parker, A. G. (2018). Treating depression with physical activity in adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*, 48(7), 1068-1083. doi: 10.1017/S0033291717002653
- Balcar, K., Trnka, R., & Kuška, M. (2011). How many ways to deal with stress? Stress coping factors in the SVF 78. *Activitas Nervosa Superior*, 53(1-2), 27-34.
- Baloran, E. T. (2020). Knowledge, Attitudes, Anxiety, and Coping Strategies of Students during COVID-19 Pandemic. *Journal of Loss and Trauma*, 25(8), 635-642, doi: 10.1080/15325024.2020.1769300
- Banu, P., Deb, S., Vardhan, V., & Rao, T. (2015). Perceived academic stress of university students across gender, academic streams, semesters, and academic performance. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 6(3), 231-235. Získáno 2. srpna 2021 z <https://www.proquest.com/docview/1679425128?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
- Baštecká, B., Mach, J. a kol. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- Bedewy, D., & Gabriel, A. (2015). Examining perceptions of academic stress and its sources among university students: The Perception of Academic Stress Scale. *Health Psychology Open*, 2, 1-9. doi: 10.1177/2055102915596714.
- Bhujade, V. M. (2017). Depression, anxiety and academic stress among college students: a brief review. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 8(7), 748-751. Získáno 2. srpna 2021 z <https://www.proquest.com/docview/1961766346/fulltext/ADD7ADCCF9D24013PQ/1?accountid=16531>
- Buchtová, V., & Hrušková Kusnieriková, A. (2021). *Doba covidová – stresová – doporučení, jak si s ní poradit. Psychické stavy provázející SARS-CoV-2*. 22(1), 6-11. doi: 10.36290/psy.2021.001
- Carver, C. S. (2013). COPE Inventoty. *Measurement Instrument Database for Social Science*. Získáno 2. října 2021 z <https://www.midss.org/sites/default/files/cope.pdf>

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. Získáno 2. října 2021 z https://local.psy.miami.edu/media/college-of-arts-and-sciences/psychology/documents/faculty/p89_COPE.pdf

ČT 24. (2021). *Skončil nouzový stav, mnohá omezení kvůli covidu nadále platí*. Získáno 23. března 2021 z <https://ct24.ceskatelevize.cz/specialy/koronavirus/3419500-skoncil-nouzovy-stav-mnoha-omezeni-kvuli-covidu-nadale-plati>

Debowska, A., Horeczy, B., Boduszek, D., & Dolinski, D. (2020). A repeated cross-sectional survey assessing university students' stress, depression, anxiety, and suicidality in the early stages of the COVID-19 pandemic in Poland. *Psychological Medicine*, 53(3), 1-4. doi: 10.1017/S003329172000392X

Dewa, L. H., Crandell, C., Choong, E., Jaques, J., Bottle, A., Kilkenny, C., ... & Aylin, P. (2021). CCopeY: a mixed-methods coproduced study on the mental health status and coping strategies of young people during COVID-19 UK lockdown. *Journal of Adolescent Health*, 68(4), 666-675. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.01.009

Eisenbarth, C., A. (2019). Coping with stress: Gender differences among college students. *College Student Journal*, 53(2), 151-162. Získáno 15. září 2021 z <https://www.ingentaconnect.com/content/prin/cs/j/2019/00000053/00000002/art00002#rendmd-suggestions>

Enns, A., Eldridge, G. D., Montgomery, C., & Gonzalez, V. M. (2018). Perceived stress, coping strategies, and emotional intelligence: A cross-sectional study of university students in helping disciplines. *Nurse Education Today*, 68, 226-231. doi: 10.1016/j.nedt.2018.06.012

European Association of Psychotherapy. (2021). *Průzkum psychoterapie v době lockdownu zapříčiněného virem Covid-19 v roce 2020*. Získáno 30. října z <https://www.czap.cz/resources/Documents/EAP%20PSYCHOTHERAPIE%20V%20EVROPE%CC%8C%20BE%CC%8CHEM%20LOCKDOWNU%20ZAPR%CC%8CI%CC%81C%CC%8CINE%CC%8CNE%CC%81HO%20COVIDEM%20V%20ROCE%202020.pdf>

Fawaz, M., & Samaha, A. (2021). E-learning: Depression, anxiety, and stress symptomatology among Lebanese university students during COVID-19 quarantine. *Nursing Forum*, 56(1), 52-57. doi: 10.1111/nuf.12521

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Formánek, T., Kagström, A., Cermakova, P., Csémy, L., Mladá, K., & Winkler, P. (2019). Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional Czech mental health Study (CZEMS). *European Psychiatry*, 60, 1-6. doi: 10.1016/j.eurpsy.2019.05.001.

Freire, C., Ferradás, M. D. M., Núñez, J. C., Valle, A., & Vallejo, G. (2019). Eudaimonic well-being and coping with stress in university students: The mediating/moderating role of self-efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), 48. doi: 10.3390/ijerph16010048.

Fučík, P., & Slepíčková, L. (2014). Studenti, kteří odcházejí: Kvantitativní analýza nedokončených vysokoškolských studií. *Aula: revue pro vysokoškolskou a vědní politiku*, 22(1), 24-54.

Získáno 14. září 2021 z https://www.csvs.cz/wp-content/uploads/2019/01/AULA_01_2014_FU_SL_24_54.pdf

Goloshumova, G. S., Ershova, O. V., Salakhova, V. B., Kidinov, A. V., Nalichaeva, S. A., & Yanysheva, V. A. (2019). Information and educational environment of higher school as a factor of the formation of coping strategies in the structure of students' personality (ecological and psychological aspect). *Eurasian Journal of Biosciences*, 13(2), 1867-1874.

Získáno 25. září 2021 z <https://www.proquest.com/docview/2330956606/abstract/E0547C5674F7473APQ/1?acountid=16531>

Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.

Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Hašto, J., & Vojtová, H. (2012). *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození: prípadová štúdia*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 44(2), 227-239. doi: 10.1348/014466505X29657

Heretik, A. (2007). *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4

Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., ... & Ma, P. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research*, 9. doi: 10.12688/f1000research.24457.1

Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigis.

Husky, M. M., Kovess-Masfety, V., & Swendsen, J. D. (2020). Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152191. doi: 10.1016/j.comppsy.2020.152191

Choi, E. P. H., Hui, B. P. H., & Wan, E. Y. F. (2020). Depression and anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3740.

Získáno 20. října 2021 z

<https://pdfs.semanticscholar.org/1d11/11f956d3e52ef482a15960d4f44610a3d6ab.pdf>

Janke, W., & Erdmann, G. (2003). *SVF 78. Strategie zvládnání stresu*. Praha: Testcentrum.

Kamal, M., Abo Omirah, M., Hussein, A., & Saeed, H. (2021). Assessment and characterisation of post-COVID-19 manifestations. *International Journal of Clinical Practice*, 75(3), e13746. doi: 10.1111/ijcp.13746

- Kar, N., Kar, B., & Kar, S. (2021). Stress and coping during COVID-19 pandemic: Result of an online survey. *Psychiatry Research*, 295, 113598. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113598
- Kerlinger, F. N. (1972). *Základy výzkumu chování. Pedagogický a psychologický výzkum*. Praha: Academia.
- Kryl, M. (2004). Poruchy vyvolané stresem. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 38-40. Získáno 21. července 2021 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/12.pdf>
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kumar, S., & Jejurkar, K. (2005). Study of Stress Level in Occupational Therapy during their Academic Curriculum. *The Indian Journal of Occupational Therapy*, 37(1), 5-14. Získáno 2. srpna 2021 z <https://www.aiota.org/temp/ijotpdf/ibat05i1p11.pdf>.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lečbych, M. (2020). *Souvislosti nemoci COVID-19 a duševních poruch: pohled klinicko-psychologické praxe*. Získáno 20. října 2021 z <http://psychologie.lecbych.cz/index.php/2021/02/19/souvislosti-nemoci-covid-19-a-dusevnich-poruch-pohled-klinicko-psychologicke-praxe/>
- Lewinsohn, P. M., Allen, N. B., Seeley, J. R., & Gotlib, I. H. (1999). First onset versus recurrence of depression: differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 483. doi: 10.1037//0021-843x.108.3.483
- Li, H. (2002). *College stress and psychological well-being: vision in life as a coping resource*. Dissertation. Hong Kong: The University of Hong Kong.
- Li, Y. Y., Sun, Y., Meng, S. Q., Bao, Y. P., Cheng, J. L., Chang, X. W., Ran, M. S., Sun, Y. K., Kosten, T., Strang, J., Lu, L. & Shi, J. (2021). Internet Addiction Increases in the General Population During COVID-19: Evidence From China. *The American Journal of Addiction*, 30, 389-397. doi:10.1111/ajad.13156

- Linhartová, D. (2008). *Vysokoškolská psychologie*. Brno: Mendelova zemědělská a lesnická univerzita.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales (2nd ed.)*. Sydney: Psychology Foundation.
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, *10*(6), 434-445. doi: 10.1038/nrn2639
- Mahmoud, J. S. R., Staten, R. T., Hall, L. A., & Lennie, T. A. (2012). The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles. *Issues in Mental Health Nursing*, *33*(3), 149-156. doi: 10.3109/01612840.2011.632708
- Maykrantz, S. A. & Houghton, J. D. (2020). Self-leadership and stress among college students: Examining the moderating role of coping skills, *Journal of American College Health*, *68*(1), 89-96, doi: 10.1080/07448481.2018.1515759
- Mazza, M. G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., ... & COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, behavior, and immunity*, *89*, 594-600. doi: 10.1016/j.bbi.2020.07.037
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *840*(1), 33-44. doi: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x
- MŠMT. (2022). Odbor statistiky, analýz a rozvoje eEducation. Výkonové ukazatele. Získáno 24. března 2022 z https://dsia.msmt.cz/vystupy/vu_vs_f1.html.
- MZČR. (2020). *Vliv epidemie koronaviru na nárůst duševních onemocnění u Čechů projednala Rada vlády pro duševní zdraví*. Získáno 29. srpna 2021 z <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/vliv-epidemie-koronaviru-na-narust-dusevnych-onemocneni-u-cechu-projednala-rada-vlady-pro-dusevni-zdravi/>.

MZČR. (2021). *Trendový profil osob s laboratorně prokázaným onemocněním COVID-19*. Získáno 25. listopadu 2021 z <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19>

NUDZ. (2021). *V důsledku pandemie covid-19 se s duševním onemocněním potýká téměř každý třetí dospělý. Podporu nabídne nový web*. Získáno 5. září 2021 z <https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-opatruj-se.pdf>.

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů). Získáno 24. března 2022 z

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/cs/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

Navrátilová, M. (2020). Duševní zdraví a imunita. *Psychiatrie pro praxi*, 21(2), 83–88. Získáno 15. září 2021 z <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2020/02/05.pdf>

Oducado, R. M., Parreño-Lachica, G., & Rabacal, J. (2021). Personal resilience and its influence on COVID-19 stress, anxiety and fear among graduate students. *International Journal of Educational Research and Innovation*, 15, 431–443. doi: 10.46661/ijeri.5484

Orel, M. (2014). *Somatopatologie: Nauka o nemocech těla*. Praha: Grada.

Pascoe, M. C., Hetrick, S. E., & Parker, A. G. (2020). The impact of stress on students in secondary school and higher education. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 104–112. doi: 10.1080/02673843.2019.1596823

Paulík, K. (2012). *Psychologické aspekty zvládání zátěže muži a ženami*. Ostrava: Ostravská univerzita.

Pozos-Radillo, B., Aguilera-Velasco, M., & Delgado-García, D. (2014). Academic stress as a predictor of chronic stress in university students. *Psicologia Educativa*, 20(1), 47–52. doi: 10.1016/j.pse.2014.05.006

Pustina, J., Máchová, L., Daňková, B., & Sedloň, T. (2016). Psychometrické charakteristiky revidovaného Dotazníku zvládání zátěže. *Testforum*, 5(8), 6–18.

Psychology Foundation of Australia. (2018). Depression Anxiety Stress Scales (DASS).
Získáno 10. listopadu 2021 z <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/over.htm>

Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P. & Ptáček, R. (2015). *DSM-5. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.

Rođanová, M., & Lacinová, L. (2015). Možné souvislosti mezi blízkými vztahy vysokoškolských studentů, vnímáním stresu a používáním copingových strategií. *Testforum*, 4(6), 4-13.

Získáno 7. srpna 2021 z

<http://29493.w93.wedos.ws/domains/testforum.cz/index.php/testforum/article/viewFile/80/69>

Rodríguez-Hidalgo, A. J., Pantaleón, Y., Dios, I., & Falla, D. (2020). Fear of COVID-19, stress, and anxiety in university undergraduate students: a predictive model for depression. *Frontiers in Psychology*, 11, 3041. doi: 10.3389/fpsyg.2020.591797

Sajid, A., Ahmad, T., & Khalid, T. (2015). Stress in medical undergraduates; its association with academic performance. *Bangladesh Journal Of Medical Science*, 14(2), 135-141. doi: 10.3329/bjms.v14i2.21815

Santomauro, D. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., ... & Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02221-2

Savage, M. J., James, R., Magistro, D., Donaldson, J., Healy, L. C., Nevill, M., & Hennis, P. J. (2020). Mental health and movement behaviour during the COVID-19 pandemic in UK university students: Prospective cohort study. *Mental Health and Physical Activity*, 19, 100357. doi: 10.1016/j.mhpa.2020.100357

Savitsky, B., Findling, Y., Erel, A., & Hendel, T. (2020). Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Education in Practice*, 46, 102809. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102809

Sterling, P., & Eyer, J. (1981). Biological basis of stress-related mortality. *Social Science & Medicine*. Part E: Medical Psychology, *15*(1), 3-42. doi: 10.1016/0271-5384(81)90061-2

Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R., & Harrison, P. J. (2020). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30462-4

Trojánek, M., Grebenyuk, V., Herrmannová, K., Nečas, T., Gregorová, J., Kucbel, M., ... & Stejskal, F. (2020). Nový koronavirus (SARS-CoV-2) a onemocnění COVID-19. *Časopis lékařů českých*, *159*(2), 55-66.

Získáno 30. října 2021 z

https://www.researchgate.net/publication/341576392_A_novel_coronavirus_SARS-CoV-2_and_COVID-19

ÚZIS. (2021). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Získáno 20. července 2021 z <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F40-F48>

Večeřová-Procházková, A., & Honzák, R. (2008). Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi*, *10*(4), 188-192.

Získáno 6. září 2021 z <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>

Vengřinová, T. (2021). Akademická a sociální integrace do studia na vysoké škole u první generace vysokoškoláků: přehledová studie. *Studia paedagogica*, *26*(1), 167-184. doi: 10.5817/SP2021-1-7

Vláda České republiky. (2021). Usnesení vlády České republiky ze dne 25. listopadu 2021 č. 1065. Získáno 8. března 2022 z <https://www.vlada.cz/assets/epidemie-koronaviru/dulezite-informace/vyhlaseni-nouzoveho-stavu-1065.pdf>

Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., ... & Bhutta, Z. A. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, *396*(10258), 1204-1222. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9

Wang, X., Hegde, S., Son, C., Keller, B., Smith, A., & Sasangohar, F. (2020). Investigating mental health of US college students during the COVID-19 pandemic: cross-sectional survey study. *Journal of medical Internet research*, 22(9), e22817. doi: 10.2196/22817

World Health Organization. (28. listopadu 2019). *Mental disorders*. Získáno 12. října 2021 z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

World Health Organization. (2020). *Basic documents*. Získáno 8. října 2021 z https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6

World Health Organization. (30. ledna 2020). *Depression*. Získáno 29. srpna 2021 z <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization. (2021). *International Classification of Diseases 11th Revision*. Získáno 17. listopadu 2021 z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18(5), 459–482. doi: 10.1002/cne.920180503

Zákon č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů etických pravidel. Získáno 24. března 2022 z <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=NIM:272327>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Copingové strategie studentů českých vysokých škol a jejich souvislost s duševním zdravím během pandemie Covid-19

Autor práce: Bc. Aneta Augustinová

Vedoucí práce: Mgr. Ondrej Gergely

Počet stran a znaků: 58, 120 364

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 96

Abstrakt:

Bakalářská diplomová práce je kvantitativní studií zkoumající copingové strategie českých vysokoškolských studentů v souvislosti duševního zdraví během páté vlny pandemie Covid-19. Cílem práce bylo prozkoumat uplatněné copingové strategie u studentů neklinické populace. Dalším cílem bylo prozkoumat souvislost uplatněných copingových strategií s duševním zdravím (resp. symptomy stresu, úzkosti a deprese) studenta v kontextu pandemie. V dotazníkovém šetření byly použity standardizované metody SVF-78 a DASS-21 v českém překladu. Zjistili jsme, že existuje rozdíl ve výběru copingové strategie v závislosti na pohlaví. Muži nejčastěji využívají strategii kontroly. Ženy nejčastěji tíhnou ke strategii perseverace. Ženy oproti mužům vykazují vyšší vnímavost vůči stresu. Dále zjišťujeme, že strategie úniková tendence souvisí s vyššími skóry na škále DASS-21 a negativní copingové strategie souvisejí s vyššími skóry na škále DASS-21. Strategie sociální opory nesouvisí se skóry škály DASS-21. V našem souboru se neliší hrubý skór na škále DASS-21 dle studia, ani v závislosti prodělání Covid-19. Vnímaný stres se neliší dle ročníku studia a míra úzkosti se neliší dle probíhajícího rodičovství.

Klíčová slova: Copingové strategie, stres, deprese, úzkost, Covid-19

Příloha č. 2: Abstrakt bakalářské diplomové práce v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Coping strategies of Czech students in relation to mental health during pandemic Covid-19

Author: Bc. Aneta Augustinová

Supervisor: Mgr. Ondrej Gergely

Number of pages and characters: 58, 120 364

Number of appendices: 4

Number of references: 96

Abstract:

Bachelor thesis is quantitative study analysing coping strategies of Czech university students in relation with mental health during the 5th wave of pandemic Covid-19. The goal was to research of coping strategies used during pandemic among nonclinical sample. Next goal was to research the relation of applied coping strategies with mental health (symptoms of stress, anxiety and depression). Standardized methods SVF-78 and DASS-21 were used in online survey in Czech translation. We found out the difference of using coping strategies between women and men. Men tend to use strategy of control and women tend to use perseveration. Women are more receptive to stress. Strategy escape tendency relates to higher scores in DASS-21. Negative coping strategies also relate to higher scores in DASS-21. Need for social support does not relate to scores in DASS-21. The score in the DASS-21 scale does not deviate in our sample, regardless Covid-19 disease. Level of stress does not differ from university grade level and the level of anxiety does not differ from ongoing parenthood.

Key words: Coping strategies, stress, depression, anxiety, Covid-19

Příloha č. 3: Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Chování studentů během lock-downu

Tabulka č. 2: Copingové strategie použité během pandemie

Tabulka č. 3: Souhrn pozitivních a negativních copingových strategií

Tabulka č. 4: Skóry pro interpretaci DASS-21

Tabulka č. 5: Rozložení z hlediska pohlaví

Tabulka č. 6: Rozložení z hlediska ročníku studia

Tabulka č. 7: Prodělání onemocnění Covid-19

Tabulka č. 8: Výsledky Shapiro-Willkova testu (jednotlivé subtesty)

Tabulka č. 9: Deskriptivní statistiky inventáře SVF-78 (celý soubor)

Tabulka č. 10: Deskriptivní statistiky škály DASS-21 (celý soubor)

Tabulka č. 11: Rozdíly ve výběru copingové strategie dle pohlaví (SVF-78)

Tabulka č. 12: Souhrn výsledků hypotéz

Příloha č. 4: Seznam obrázků a grafů

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Transakční model psychologického stresu

Seznam grafů

Graf č. 1: Rozložení výzkumného souboru z hlediska věku

Graf č. 2: Rozložení výzkumného souboru dle celkového skóre SVF-78

Graf č. 3: Rozložení výzkumného souboru dle celkového skóre DASS-21

Graf č. 4: Skóre vnímaného stresu na škále DASS-21 v závislosti na pohlaví

Graf č. 5: Skóre vnímaného stresu na škále DASS-21 v závislosti na ročníku studia

Graf č. 6: Skóre úzkosti na škále DASS-21 v závislosti na rodičovství

Graf č. 7: Celkové skóre na škále DASS-21 v závislosti na prodělání onemocnění Covid-19

Graf č. 8: Celkové skóre na škále DASS-21 v závislosti na formě studia

Graf č. 9: Celkové skóre na škále DASS-21 v závislosti na stupni studia