



BEHAVIORÁLNY A EXPERIMENTÁLNY  
EKONOMICKÝ TÍM

# ANALÝZA DUŠEVNEJ POHODY U MLADÝCH ĽUDÍ POČAS PANDÉMIE COVID-19

Odbor inovatívnych prístupov v  
zdravotníctve MZ SR

2022

Cítujeme z programového vyhlásenia vlády<sup>1</sup>:

*"Zároveň sa vláda SR zameria na reformu starostlivosti o duševné zdravie. Bude presadzovať rozvoj komunitnej starostlivosti o duševné zdravie a bude hľadiť na špecifiká starostlivosti o rôzne skupiny."*



Ďakujeme OECD za ich odbornú spoluprácu na projekte "Duševné zdravie počas pandémie" a Študentskej rade vysokých škôl (ŠRVŠ) za pomoc a distribúciu prieskumu.

Prostredníctvom konzultácii na projekte spolupracovali aj: doc. PhDr. Michal Hajdúk, PhD.; prof. Mgr. Anton Heretik, PhD. z Univerzity Komenského v Bratislave; Mgr. Veronika Zibrinyiová, PhD. z Univerziténeho poradenského centra (UNIPOC) na UPJŠ v Košiciach.

Na štúdiu aktívne pracovali: Ing. Martina Féherová, PhD., MSc.; Mgr. Marek Lukačovič, PhD.; BSc. Lukáš Nemčok; BSc. Katarína Barteková a Ing. Lukáš Sekelský, PhD.

---

<sup>1</sup> <https://www.nrsr.sk/web/Dynamic/DocumentPreview.aspx?DocID=494677>

## Obsah

Hlavné zistenia.....	5
Úvod.....	7
Čo je to depresia a úzkosť?.....	7
Duševné zdravie v období pandémie COVID-19 .....	7
Prekážky pri vyhľadani pomoci.....	10
Ako bojujú proti bariéram v oblasti duševného zdravia v zahraničí?.....	11
Použité metódy a postup.....	12
Skrínigové nástroje.....	12
Bariéry a motivácie pri vyhľadani profesionálnej pomoci.....	13
Behaviorálne intervencie mapované v prieskume .....	13
Výsledky analýz.....	15
Výskumná vzorka .....	15
Výsledky skrínigu depresie .....	15
Výsledky skrínigu úzkosti (anxiety).....	18
Zhrnutie zistení .....	19
Ako zvýšiť záujem o viac informácií ohľadom duševného zdravia? .....	20
Zhrnutie zistení .....	20
Bariéry pri vyhľadavani pomoci.....	21
Súvisí pohlavie s kontaktovaním profesionálnej pomoci v minulosti?.....	23
Motivácie pri vyhľadavani pomoci .....	23
Súvisí záujem o viac informácií o téme duševného zdravia s pohlavím? .....	26
Súvisí záujem o buddy systém s pohlavím?.....	26
Porovnanie duševného stavu respondenta s bariérami a motiváciami pre vyhľadanie odbornej pomoci .....	26
Zhrnutie zistení .....	27
Anonymita.....	27
Zhrnutie zistení .....	28
Nedôvera k odborníkom .....	28
Zhrnutie zistení .....	28
Kde je hranica? Kedy je potrebné konať? .....	29
Zhrnutie zistení .....	29
Odporúčania.....	30
Zdroje.....	32
APPENDIX: .....	35
<b>Tabuľka č. 1:</b> Depresívne pocity počas pandémie COVID-19 na Slovensku (SAV, 2022).....	35
<b>Tabuľka č. 2:</b> Celkové skóre PHQ-9 (depresia) podľa <i>pohlavia</i> .....	36

<b>Tabuľka č. 3:</b> Rozdiel medzi mužmi a ženami v celkovom skóre PHQ-9 (depresia).....	36
<b>Tabuľka č. 4:</b> Celkové skóre PHQ-9 (depresia) - rozdelené podľa skúsenosti s kontaktovaním odborníkov v minulosti.....	37
<b>Tabuľka č. 5:</b> Subjektívne pociťované depresívne symptómy za posledné 2 týždne .....	37
<b>Tabuľka č. 6:</b> Celkové skóre GAD-7 (úzkosť, anxieta) podľa <i>pohlavia</i> .....	38
<b>Tabuľka č. 7:</b> Rozdiel medzi mužmi a ženami v celkovom skóre GAD-7 (anxieta).....	39
<b>Tabuľka č. 8:</b> Celkové skóre GAD-7 rozdelené podľa skúsenosti s kontaktovaním odborníkov v minulosti.....	39
<b>Tabuľka č. 9:</b> Úzkostné symptómy subjektívne pociťované za posledné 2 týždne.....	39
<b>Tabuľka č. 10:</b> Deklarované postoje k bariéram, ktoré bránia pri vyhľadani odbornjej pomoci ..	40
<b>Tabuľka č. 11:</b> Rozdiel medzi mužmi a ženami v deklarovaných postojoch ohľadne bariér, ktoré súvisia s vyhľadaním odborníkov .....	41
<b>Tabuľka č. 12:</b> Vyjadrenie postojov k potenciálnym intenciám pri vyhľadaní odbornej pomoci	42
<b>Tabuľka č. 13:</b> Rozdiel medzi mužmi a ženami v deklarovaných postojoch ohľadne motivácií a intencií vyhľadať odborníkov na duševné zdravie.....	43
<b>Tabuľka č. 14:</b> Kontaktovanie profesionálnej pomoci v minulosti - rozdelené podľa pohlavia..	44
<b>Tabuľka č. 15:</b> Chi-kvadrát - súvis kontaktovania profesionálnej pomoci v minulosti - podľa pohlavia .....	44
<b>Tabuľka č. 16:</b> Sila súvislosti pohlavia a kontaktovania profesionálnej pomoci v minulosti.....	44
<b>Tabuľka č. 17:</b> Deklarovaný záujem o viac informácií v téme duševného zdravia - rozdelené podľa pohlavia .....	45
<b>Tabuľka č. 18:</b> Chi-kvadrát - súvis pohlavia a deklarovaného záujmu o viac informácií.....	45
<b>Tabuľka č. 19:</b> Sila súvislosti pohlavia s deklarovaným záujmom o viac informácií.....	45
<b>Tabuľka č. 20:</b> Deklarovaný záujem o Buddy systém - rozdelené podľa pohlavia (n=1631) .....	46
<b>Tabuľka č. 21:</b> Chi-kvadrát - súvis pohlavia s deklarovaným záujmom o Buddy systém.....	46
<b>Tabuľka č. 22:</b> Sila vzťahu pohlavia s deklarovaným záujmom o buddy systém .....	46
<b>Tabuľka č. 23:</b> Porovnanie behaviorálnych intervencií a záujem respondentov o viac informácií .....	47
<b>Tabuľka č. 24:</b> Welch t-test depresie a skupín dopytu po viac informáciách .....	47
<b>Tabuľka č. 25:</b> Welch t-test depresie a skupín motivácie, ak by pomoc bola bezplatná.....	47
<b>Tabuľka č. 26:</b> Welch t-test depresie a preferovanou konzultáciou s rodinou a priateľmi .....	48
<b>Tabuľka č. 27:</b> Welch t-test depresie a preferovanou anonymnou konzultáciou cez anonymný chat .....	48
<b>Tabuľka č. 28:</b> Welch t-test depresie a preferovanou anonymnou konzultáciou s odborníkom prostredníctvom videa.....	48
<b>Tabuľka č. 29:</b> Welch t-test nedôvery k odborníkom a skupinou ľudí, ktorý mali/ nemali negatívne skúsenosti so špecialistami v minulosti.....	49

## Hlavné zistenia

Pandémia, lockdowny a iné opatrenia založené na sociálnej izolácii poukázali na dôležitosť starostlivosti o svoje duševné zdravie a duševnú pohodu. Táto štúdia je zameraná primárne na zistenie aktuálneho stavu duševnej pohody, ale aj na zistenie bariér a motívácií pri vyhľadaní odbornej pomoci v oblasti duševného zdravia. Aktuálny stav duševnej pohody sa meral prostredníctvom všeobecne uznávaných škál PHQ-9 a GAD-7 zameraných na stavy úzkosti a depresie. Prieskumu sa zúčastnilo 5 403 respondentov počas obdobia zimného semestra 2021 na slovenských vysokých školách. Výsledky naznačujú, že medzi študentmi a študentkami existujú rozdiely, čo sa týka ich priemerného celkového skóre v skríningu depresie a úzkosti. Až 80% ľudí v našej výskumnej vzorke uviedlo, že ich depresívne symptómy paralyzovali počas týždňa natoľko, že sa to prejavilo v ich výkone (v škole/ v práci), v domácnosti a v sociálnych vzťahoch. Vyššie priemerné skóre v depresii je na I. stupni v úvodných bakalárskych ročníkoch zatiaľ čo najvyššie priemerné skóre v úzkosti je v treťom ročníku Bc. štúdia.

Okrem stavu duševnej pohody sme sa zamerali aj na názory respondentov na bariéry vyhľadať odbornú pomoc pri zhoršujúcich sa stavoch duševnej nepohody a preskúmali sme možné motívacie, ktoré by mohli podporiť vyhľadanie adekvátnej pomoci. Prieskum sa realizoval prostredníctvom dotazníka v štyroch verziách behaviorálnych intervencií, ktoré boli navrhnuté pre zistenie najvhodnejšej formy komunikácie problematiky duševnej nepohody. Dotazník ponúkal vyhodnotenie aktuálneho stavu duševnej pohody jednotlivca a taktiež umožňoval vyjadriť záujem o získanie viac informácií o duševnej pohode alebo rovesníckej podpore.

Respondenti sa podľa ich vyjadrení najskôr snažia zdieľať problém s rodinou alebo kamarátmi a túto formu uprednostňujú pred odborníkom (57%). Taktiež sa snažia najskôr vyriešiť problém svojpomocne (55%). Okolo 42% respondentov vidia ako hlavnú bariéru finančné obavy, že si odbornú pomoc nebudú vedieť dovoliť. A vyše 34% respondentov je presvedčených, že problém prejde sám bez potreby kontaktovania odbornej pomoci. Medzi ďalšie prekážky respondenti zaradili nedostatok informácií o možnostiach dostupnej pomoci, ako aj iných skutočnostiach. Zároveň žiadali, aby boli dané informácie poskytované jasne a transparentne. Až 60% respondentov by uvítalo viac informácií od školy a nastavenie jasnej cesty vyhľadania pomoci. Medzi študentmi a študentkami existujú štatisticky významné rozdiely v postojoch bariér, ktoré bránia pri vyhľadaní profesionálnej pomoci v kontexte duševného zdravia.

Medzi najvýznamnejšie motívacie, ktoré by pomôcť v hľadaní pomoci patrí: možnosť získania bezplatnej pomoci (69%), prehľad jasnej cesty vyhľadania pomoci (54%) a upozornenie, že sa jedná o dlhodobý problém (53%). Ženy v našom prieskume deklarujú väčší záujem o témy duševného zdravia v porovnaní s mužmi. Možnosť online konzultácie o problémoch duševnej nepohody (47%) a potreba anonymity bola dôležitá špecificky pre tých, ktorí trpia vážnejšími formami depresie. Na druhej strane, práve respondenti s dlhodobou pretrvávajúcimi symptómami depresie vyjadrovali záujem o buddy program, rovesnícku podporu. V štúdiu sa okrem spomínaného buddy systému podrobne venujeme nasledovnému:

**Hranica duševnej nepohody nie je jasne stanovená:** Významnou bariérou je práve to, že respondenti nesprávne vyhodnotia situáciu. Respondenti vo všeobecnosti nevedia určiť, kedy

je stav ich duševnej nepohody vážny. Veľké množstvo respondentov verí, že daný problém prejde sám alebo ho vyriešia vo svojej komunite.

**Chýbajú informácie:** So zhoršujúcimi sa symptómami depresie sa zvyšoval dopyt po informáciách. Respondenti nevedia ako pomoc vyhľadať a aké sú možnosti pomoci k dispozícii.

**Financie sú problém:** Finančná náročnosť konzultácií s odborníkmi je jedným z hlavných dôvodov prečo pomoc nevyhľadali v minulosti.

**Dopyt po anonymite:** Pri závažnejších formách symptómov úzkosti a depresie sa zvyšuje aj obava, že by pomoc nebola anonymná, a že by sa o duševnej nepohode dozvedeli iní. Zatiaľ čo pri miernejších symptómoch úzkosti a depresie je preferovaná forma osobnej konzultácie.

**Nedôvera k odborníkom:** Respondenti, ktorí už v minulosti odbornú pomoc vyhľadali, si myslia, že im odborník nepomôže. Môže to byť spojené s negatívnou predchádzajúcou skúsenosťou a následným presvedčením o tom, že aj iné formy pomoci budú mať podobný výsledok.

**Reciprocita ako významný faktor podnecujúci zmenu správania:** Spomedzi nami skúmaných behaviorálnych intervencií sa reciprocita ukazuje ako vhodný behaviorálny spôsob motivácie pre vyhľadanie pomoci ohľadom duševného zdravia. Daná forma textu taktiež zvyšuje záujem o zapojenie sa do rovesníckej podpory. V prípade, ak by bol text formulovaný so zreteľom na reciprocitu, je možné predpokladať, že sa subjekty budú o danú formu pomoci viac zaujímať.

## Úvod

Pandémia ochorenia Covid-19 ovplyvnila takmer všetky aspekty života človeka, ako aj celej spoločnosti. Dovtedy zabehnuté vzorce správania životného štýlu, ako aj vnímanie samozrejmosti každodenného života bolo narušené. Pandémia a s ňou spojené opatrenia zmenili a obmedzili bežnú dennú rutinu každého z nás. Zo dňa na deň bolo potrebné prispôbiť sa novým situáciám, obmedzeniam a nariadeniam. Sociálna izolácia, presun mnohých sociálnych interakcií do online sveta, vrátane vzdelávania a práce, mohlo vyvolať u niektorých ľudí emócie neistoty a úzkosti. Tieto nové sociálne dynamiky výrazne vplývali na prežívanie všetkých ľudí, pričom špecificky zraniteľnou skupinou sú mladí ľudia, keďže u nich v rámci dospievania výrazne prebieha vývin kognitívny, emočný, sociálny, ale aj vývin centrálnej nervovej sústavy.

## Čo je to depresia a úzkosť?

Depresia patrí medzi *afektívne* poruchy psychiky, pričom symptomatológia depresie (i jej protipólu: mánie) sa netýka iba emocionálnej roviny. Pozmenené sú aj rôzne *vitálne funkcie* (spánok, chuť do jedla, sexuálny apetít), ale i *kognitívne funkcie* (pozornosť, dynamická, formálna a obsahová zložka myslenia) (Heretik et al., 2016). Detaily možno nájsť v príslušnej kapitole Medzinárodnej klasifikácie chorôb - 10. revízia.<sup>2</sup>

Úzkosť (anxieta=pocit úzkosti) patrí medzi neurotické poruchy psychiky a ide o nepríjemný duševný stav s negatívnymi emóciami, ktoré sú sprevádzané predtuchou hrozby. Ide o difúznú emóciu, ktorá sa ťažko verbalizuje, je viazaná na nevedomie a orientovaná viac do budúcnosti (Heretik et al., 2016).

Pre lepšie pochopenie môže pomôcť uvedomenie si rozdielu s emóciou strachu. Strach je predmetná negatívna emócia viazaná na konkrétny objekt, spojená teda skôr s vedomím a orientovaná na súčasnosť (Heretik et al., 2016). *Zjednodušene povedané*: strach je v prítomnosti pred reálnymi hrozbami, pričom si to človek uvedomuje, avšak úzkosť je nejasný až paralyzujúci strach z niečoho v budúcnosti, čo sa nedá poriadne mentálne uchopiť a je to viac nevedomé (človek nedokáže poriadne verbalizovať čoho sa tak strachuje v budúcnosti).

Neriešená chronická úzkosť môže časom prerásť do fóbických úzkostných porúch, panických porúch, generalizovanej úzkostnej poruchy, obsedantno-kompulzívnej poruchy, postraumatickej stresovej poruchy, či rôznych disociačných (konverzných) a somatizačných porúch (MKCH-10).

## Duševné zdravie v období pandémie COVID-19

Podľa štatistík OECD (2021) sa v USA, Francúzsku a Belgicku počas pandemického obdobia počet mladých ľudí s príznakmi úzkosti a depresie viac ako zdvojnásobil. V USA je to až 43% mladých ľudí vo veku 18-29 rokov, ktorí v tomto období prežívali nejakú formu úzkosti.

Na Slovensku sa medzi mladými ľuďmi zvýšila miera výskytu depresie a úzkosti hlavne počas druhej vlny pandémie v jeseni roku 2021 (Hajdúk et al., 2021). Stredne silnými až silnými

---

<sup>2</sup> <http://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/MKCH-10-Revizia.aspx>

symptómami depresie trpelo až 34,3% študentov, a 20,1% trpelo stredne silnou až silnou úzkosťou. V porovnaní s rokom 2018 pred pandémiou ide o výrazný nárast. Prevalencia depresie bola vyššia ako úzkosti, pričom sa tieto stavy často vyskytovali súčasne a obe boli významne spojené s vnímaným stresom, osamelosťou a zníženou rezilienciou, teda odolnosťou (Hajdúk et al., 2021).

K podobným záverom prišli aj výskumné tímy Slovenskej akadémie vied (Sociologický ústav, Ústav výskumu sociálnej komunikácie) so svojimi partnermi<sup>3</sup> v kontinuálnych prieskumoch “*Ako sa máte, Slovensko?*”. Zistili, že pandémia ovplyvnila duševný stav ľudí na Slovensku, pričom frekvenčnú tabuľku výskytu depresívnych pocitov v priebehu času pandémie uvádzame v tabuľke č. 1. Až ¼ respondentov pravidelného prieskumu si myslí, že ich duševný stav sa zhoršil. Aktuálne na duševné zdravie obyvateľstva vplyva aj vojna na Ukrajine. V prvý týždeň vojnového konfliktu 30% dospelaj slovenskej populácie zažívalo depresívne pocity (SAV, 2022).

Na Slovensku trpí duševnými ochoreniami minimálne každý deviaty človek, pričom z nich každý štvrtý trpí depresívnymi poruchami. Sociálna izolácia a obmedzenie sociálnych kontaktov malo počas pandémie negatívny vplyv najmä u mladých dospelých do 30 rokov, ktorí uvádzali neustále alebo často zažívanú nervozitu (44,4%), úzkosť (25%), hnev (39,4%), depresívne pocity (27,2%) a osamelosť (28,3%) (SAV, 2020).

**Tabuľka č. 1:** Depresívne pocity počas pandémie COVID-19 na Slovensku.

	vôbec	niekedy	značnú časť	väčšinu času
október / november 2020	21,20%	44,30%	26,90%	7,60%
december 2020	24,00%	42,90%	25,50%	7,50%
január / február 2021	24,30%	45,40%	23,60%	6,70%
marec 2021	24,70%	45,10%	25,20%	5,00%
máj 2021	27,40%	46,40%	21,70%	4,50%
júl 2021	32,50%	40,60%	23,20%	4,70%
október 2021	29,40%	41,00%	24,10%	5,20%
december 2021	31,90%	40,30%	22,00%	5,80%
marec 2022	24,60%	45,30%	23,40%	6,70%

Zdroj: SAV (2022)

Jedna z najväčších organizácií prevádzkujúcich linky pomoci na Slovensku, IPčko, taktiež eviduje 48% -ný nárast kontaktov na tiesňové linky v prvom polroku 2021, pričom veľkú

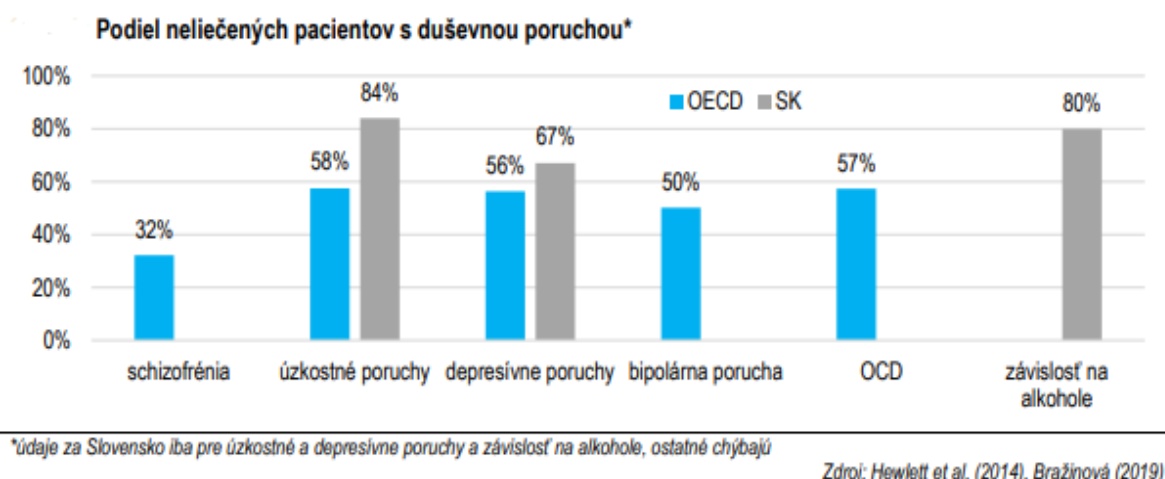
<sup>3</sup> prieskumná agentúra MNFORCE a komunikačná agentúra Seesame



väčšinu z nich tvorili mladí ľudia do 30 rokov (IPčko, 2021). Nejde o prekvapivé výsledky, keďže pandémia a s ňou spojené opatrenia môžu pôsobiť ako výrazný stresový faktor vyvolávajúci práve prejavy depresie, úzkosti či dokonca post-traumatického syndrómu (Veer et al., 2021). Navyše, mladí ľudia patria medzi rizikové skupiny pre spomínané duševné problémy (Hajdúk et al., 2021; Heretik et al., 2016).

U mladistvých je samovražda druhou najčastejšou príčinou smrti po autonehodách (ÚHP, 2020) a dlhodobé potláčanie či nerozoznanie duševných problémov ako je depresia, môže viesť k zvýšenému riziku vzniku kardiovaskulárnych problémov, infarktu myokardu, cukrovky (Charlson et al., 2011; Patel et al., 2016) či neurozápalu (Setiawan, 2015). Na Slovensku, podľa výskumu Bražinovej et al. (2019), nepristúpilo k liečbe viac ako dve tretiny ľudí s depresívnymi poruchami, viac ako 80% ľudí s úzkostnými poruchami a závislosťou od alkoholu. Na Slovensku sa niektorí mladí ľudia snažia osobné psychické a sociálne ťažkosti riešiť tzv. “seba-medikáciou” pomocou rôznych legálnych a nelegálnych drog (Lukačovič, 2021). Napríklad v USA sa počas pandémie zdvojnásobil počet úmrtí mladých ľudí v súvislosti s drogami (Friedman et al., 2022).

**Graf č. 1:** Podiel neliečených pacientov s duševnou poruchou



Dlhodobou neliečená ťažká depresia predstavuje výrazný problém, pretože jej stav sa môže zhoršovať a výrazne obmedzovať život jednotlivca, a okrem iného i stratu objemu hipokampu, ktorý súvisí predovšetkým s konsolidáciou informácií medzi krátkodobou a dlhodobou pamäťou (Sheline, 2003, Tai, 2021). U neliečených pacientov, ktorí trpia ťažkou depresiou viac ako desať rokov, sa taktiež prejavuje neurozápalom, ktorý môže poškodzovať mozog (Setiawan, 2015).

Neliečené problémy s duševným zdravím majú taktiež **negatívny dopad na ekonomiku a zdravotný systém**. Podľa ÚHP tvorili v roku 2019 priame a časť nepriamych nákladov spojených s duševnými problémami na Slovensku zhruba 2,1 mld. Eur, teda 2,4 % HDP. 35 % z týchto nákladov tvoria priame náklady v zdravotníctve ako sú lieky, hospitalizácie a návštevy lekárov spojené s duševnými poruchami či náklady spojené s liečbou sprievodných

fyzických ochorení. 45% z nákladov spojených s duševným zdravím tvoria nepriame náklady na pracovnom trhu ako nezamestnanosť či nižšia produktivita počas pracovnej doby (ÚHP, 2020).

## Prekážky pri vyhľadani pomoci

Dlhodobé zanedbávanie duševného zdravia má preto negatívne dôsledky nielen na zdravie jednotlivca, ale má aj výrazne negatívny dopad na ekonomiku štátu. Na základe vyššie spomenutých skutočností je možné zdôrazniť, že pri rozhodovaní jednotlivca v otázkach duševného zdravia existuje viacero prekážok, tzv. “bariér”, ktoré je potrebné identifikovať. Zdroje uvádzajú ako jednu z najvýznamnejších bariér pri vyhľadaní pomoci u mladých ľudí práve **stigmatizáciu duševných problémov** (Eisenberg et al., 2012, Storrie et al., 2010). Stigmatizácia sa môže prejavovať buď v podobe samo-stigmatizácie, osobnej stigmatizácie alebo stigmatizácie okolím (Eisenberg et al., 2012). Osobná stigmatizácia je ovplyvnená tým, ako mladí ľudia vnímajú osoby, ktoré vyhľadávajú pomoc s duševnými problémami. Pričom na hodnotenie svojej vlastnej situácie používajú iné kritériá. Mnoho mladých ľudí tiež vníma potrebu vyhľadať pomoc ako prejav slabosti (Storrie et al., 2010).

So stigmatizáciou je priamo spojené aj vnímanie potreby pomoci. Študenti majú často problém odhadnúť závažnosť ich duševného problému a pomoc radšej nevyhľadajú vôbec (Eisenberg et al., 2012). Pri závažnejších duševných problémoch je prítomné zľahčovanie vlastného stavu, ako aj neochota obrátiť sa na pomoc u rodiny, rovesníkov či profesionálov (Storrie et al., 2010). Závažnosť problému je ťažké subjektívne vyhodnotiť aj pri vážnejších či dlhodobějších duševných problémoch (Storrie et al., 2010).

Existujú však aj iné bariéry, ktoré sťažujú študentom vyhľadať pomoc, ako napríklad **nedostatok času** či **vôľa vyriešiť si problém** samostatne (Eisenberg et al., 2012). Tieto bariéry súvisia predovšetkým s relatívne vysokými osobnými nákladmi v prítomnosti a neistým výsledkom v budúcnosti (Eisenberg et al., 2012).

*Vyššie napísané odseky môžeme zhrnúť nasledovne:* Na Slovensku, ale i vo svete sa pandémie COVID-19 výrazne podpísala na zhoršenom duševnom zdraví obyvateľstva, pričom špecificky ohrozenou skupinou sú mladí ľudia, keďže u nich stále prebieha neurologický, kognitívny, emočný a sociálny vývin. Mladí ľudia počas pandémie čelili výrazným zmenám a obmedzeniam spojenými so svojím životným štýlom, so štúdiom a socializáciou. Neriešenie duševného zdravia má taktiež priamy i nepriamy dopad na slovenskú ekonomiku a zdravotný systém ako taký. Z vyššie uvedených dôvodov sme sa zamerali na skrining symptómov depresie a úzkosti u mladých ľudí, vysokoškolských študentov a študentiek počas prebiehajúcej pandémie COVID-19. Taktiež sme sa zamerali na vnímané bariéry, ktoré im bránia pri vyhľadaní a využití služieb odborníkov pre duševné zdravie. Pre získanie informácií o aktuálnej duševnej pohode respondentov, identifikáciu kľúčových bariér a motivácii sme zostavili *online prieskum duševnej pohody*.

## Ako bojujú proti bariéram v oblasti duševného zdravia v zahraničí?

V prehľade intervencií na posilnenie vyhľadávania pomoci u vysokoškolákov sa uvádza, že väčšina intervencií sa dá rozdeliť do troch kategórií: (1.) redukcia stigmatizácie a vzdelávacie kampane, (2.) skríning a programy prepájania, (3.) tréningy gate-keeperov (Eisenberg et al., 2012).

Programy zamerané na redukciiu stigmatizácie a vzdelávanie vysokoškolákov v tejto oblasti sú veľmi rozšírené, ale existuje pomerne málo štúdií, ktoré by skúmali dopad týchto intervencií na vyhľadanie pomoci. Napriek tomu, že sa ukazuje, že môžu byť úspešné v znižovaní stigmatizácie.

Druhý typ programov sú programy zamerané na skríning, ktoré identifikujú študentov a študentky s potenciálnymi mentálnymi problémami, a odporúčia im vhodné miesto na vyhľadanie pomoci (prepájanie) - vykazujú sľubný potenciál, ale neboli ešte implementované na dostatočne veľkej časti študujúcich. V medzinárodných zdrojoch literatúry sa uvádzajú ako hlavné kroky pre zlepšenie prepojenia medzi študentmi a pomocou s duševným zdravím na univerzite, hlavne zvýšenie povedomia a informovanosti o týchto službách na univerzite (Eisenberg et al., 2012, Storrie et al., 2010). Jednou z metód prepájania študentov je tréning tzv. "gatekeeperov", čo môžu byť napríklad rovesníci alebo zamestnanci univerzity, ktorí fungujú ako mentori (Eisenberg et al., 2012). Gatekeeperi fungujú na základe častého kontaktu a interakcií so študentmi, čo pomáha daným študentom a študentkám pri rozlišovaní a identifikovaní niektorých duševných problémov (Eisenberg et al., 2012).

Zapojenie gate-keeperov môže viesť k znižovaniu stigmatizácie a zvýšeniu poskytovania pomoci študentom s duševnými problémami. Predchádzajúce štúdie identifikovali silné prepojenie medzi spoločenskými kontaktmi študentov a vnímaním "peer supportu" s ich duševným zdravím počas pandémie, pričom odporúčajú podporovať spoločenské kontakty, sprístupniť emocionálnu podporu a interakcie s rovesníkmi, hlavne počas ťažkých období ako je pandémia (Elmer et al., 2020; Sun et al., 2020). Rovnako aj literatúra zameraná na rovesnícku podporu potvrdzuje, že daný druh pomoci je spomedzi všetkých skúmaných kontextov najviac potrebný pre vysokoškolákov, predovšetkým takých, ktorí sa potýkajú s izoláciou a samotou (Shalaby & Agyapong, 2020). Taktiež metaanalýza randomizovaných kontrolných štúdií intervencií u depresie a úzkosti konkrétne u vysokoškolských študentov identifikovala, že intervencie na báze rovesníckej podpory (alebo intervencie v oblasti športu, či umenia) mali najväčší post-intervenčný efekt pri odstraňovaní symptómov depresie a úzkosti spomedzi všetkých ostatných intervencií ako boli napríklad kognitívno-behaviorálne intervencie či intervencie na báze meditácie (Huang et al., 2018).

## Použité metódy a postup

Cieľom prieskumu bolo zistiť:

1. Aktuálny stav duševnej pohody respondentov (pomocou skriningových nástrojov na meranie depresie: PHQ-9 a úzkosti: GAD-7).
2. Bariéry a motivácie pre kontaktovanie odborníkov v oblasti duševného zdravia.
3. Preskúmať záujem respondentov o získanie ďalších informácií ohľadom témy duševného zdravia, na základe vyhodnotenia ich aktuálneho stavu a preskúmať záujem respondentov o buddy program (s možnosťou priameho zapojenia sa do programu rovesníckej podpory).

Zber dát prebiehal na slovenských vysokých školách formou online kvantitatívneho dotazníkového prieskumu v období od 1.novembra do 30.novembra 2021. Na distribúcii dotazníka sa nezanedbateľnou mierou podieľala Študentská rada vysokých škôl.

Študenti a študentky vysokých škôl na Slovensku sa vzdelávali od vypuknutia pandémie výhradne v dištančnej forme. V novembri 2021 to bol štvrtý semester odkedy študenti a študentky prešli na dištančnú formu štúdia.

Respondenti boli pozvaní zúčastniť sa prieskumu prostredníctvom profilov univerzít na sociálnych sieťach, ako aj univerzitných webových stránok. Účasť na prieskume bola dobrovoľná a nebola zaň poskytnutá žiadna kompenzácia, pričom účasti na prieskume predchádzal informovaný súhlas.

### Skriningové nástroje

**Prvá časť** prieskumu obsahovala otázky ohľadom depresie: dotazník PHQ-9 a úzkosti: dotazník GAD-7 (Hajdúk et al., 2021; Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 2006):

- *Patient's Health Questionnaire (PHQ-9)* je krátky skriningový dotazník na hodnotenie závažnosti *depresie*, ktorý hodnotí 9 depresívnych symptómov za posledné 2 týždne. Je zložený z 9 položiek, ktoré je možné skórovať na ordinálnej škále od 0 (“vôbec”) po 3 (“takmer každý deň”). Celkové skóre môže byť v rozpätí od 0 do 27, pričom celkové skóre naznačuje závažnosť symptómov depresie. Celkové skóre 0-4 nepredstavuje žiadnu závažnosť depresívnych symptómov; skóre 5-9 predstavuje miernu závažnosť; skóre 10-14 reprezentuje strednú závažnosť a skóre 15-27 indikuje závažné symptómy depresie.
- *Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)* je krátky skriningový dotazník na hodnotenie závažnosti príznakov *úzkosti* za posledné dva týždne, ktorý obsahuje 7 položiek. Jednotlivé položky môžu byť skórované na ordinálnej škále od 0 (“vôbec nie”) po 3 (“takmer každý deň”), pričom celkové skóre môže byť v rozpätí od 0 do 21. Celkové skóre 10-14 sa považuje za klinicky významné a predstavuje strednú závažnosť úzkostných symptómov, avšak skóre 14-21 naznačuje výrazne úzkostné symptómy.

## Bariéry a motivácie pri vyhľadani profesionálnej pomoci

V *druhej časti* venovanej bariéram a motivácii pre vyhľadanie pomoci bolo možné vyjadriť svoj úplný nesúhlas (-2) až úplný súhlas (2) s tvrdením na 5 stupňovej Likertovej škále.

Otázky týkajúce sa bariér vo vyhľadávaní pomoci boli zamerané na ťažkosti so zdôverovaním sa neznámym ľuďom, nezaujímam o riešenie problému, finančné aspekty pomoci, nedôveru k odborníkom, nevedomosť, kde hľadať pomoc, reputačné riziká, predchádzajúce negatívne skúsenosti, nevedomosť o závažnosti problému, iné možnosti pomoci, neoprávnenú hospitalizáciu, anonymitu a potenciálne následky liečby.

Otázky týkajúce sa záujmu pre vyhľadanie pomoci boli zamerané na to, kto by daným odborníkom mal byť (tútor na škole, rovesník, mentor, profesionál), ďalej na formu komunikácie s odborníkom (online alebo osobne, anonymne alebo skupinovo) či spôsob akým je pomoc prezentovaná.

Respondentov sme sa taktiež pýtali na ich štatút študenta a ročník, v ktorom sa práve nachádzajú, vek, pohlavie, či už v minulosti vyhľadali odbornú pomoc v oblasti duševného zdravia, prípadne v akej forme.

Následne im bolo predstavené vyhodnotenie, ktoré malo tri stupne podľa výsledkov odpovedí v prvej časti. Stupeň 1: “Tvoje odpovede naznačujú, že si zvládol pandémiu veľmi dobre.”, stupeň 2: “Tvoje odpovede naznačujú, že si mal počas pandémie ťažkosti, s ktorými sa vysporiadavaš dobre.”, stupeň 3: “Tvoje odpovede naznačujú, že si mal počas pandémie ťažkosti, ktoré stále pretrvávajú.”. Následne bolo uvedené, že duševné zdravie si vyžaduje opateru a to, že sa respondenti chceli dať otestovať naznačuje, že sa zaujímajú o tému duševného zdravia. Formulácia vyhodnotení bola konzultovaná s odborníkmi a prispôbená potrebám zachovania čo najväčšej miery neutrality hodnotenia. Nechceli sme respondentov znepokojiť, ale podporiť ich záujem pre viac informácií v danej téme.

V tomto prieskume, bol všetkým vysvetlený princíp rovesníckej podpory (tzv. “buddy systém/program”) a na konci sa respondent mohol vyjadriť, či má záujem získať viac informácií ohľadom buddy programu, priamo sa do neho zapojiť ako dobrovoľník (stať sa buddym) alebo získať pomoc rovesníka (získať buddyho). Okrem vyjadrenia záujmu o rovesnícku podporu bolo možné získať viac informácií o duševnom zdraví s praktickými informáciami o duševnej pohode (s možnosťou prekliknutia na stránku [ipcko.sk](http://ipcko.sk)).

## Behaviorálne intervencie mapované v prieskume

V *tretej časti* prieskumu nás zaujímalo, aký spôsob komunikácie by mohol zvýšiť záujem respondentov o tému duševného zdravia, a prípadne by ich mohol podnietiť k záujmu o rovesnícku podporu. Vychádzali sme zo zahraničných skúseností univerzít, kde sa kladie na spomínanú rovesnícku podporu veľký dôraz (University of Oxford, n.d., McGill University, n.d., Harvard University, n.d.) a z odbornej literatúry (Eisenberg et al., 2012, Shalaby & Agyapong, 2020, Sun et al., 2020, Suresh, 2021), ktorá je venovaná významu podpory mentorov a rovesníkov pre zachytenie počiatočných štádií zhoršovania duševnej pohody. Zaujímalo nás, či spôsob akým je idea rovesníckej podpory predstavená respondentovi má vplyv na jeho/jej záujem zapojiť sa do nej.

Preto sme využili pri *edukácii* respondentov aj behaviorálne princípy *dynamických sociálnych noriem* a *reciprocity*, ktoré by mohli podporiť ich záujem o danú tému (Wang et al., 2019). Všetci respondenti boli náhodne **rozdelení do štyroch skupín**, ktoré sa líšili dodatočným textom, ktorý im bol zobrazený v rôznych častiach prieskumu. Okrem kontrolnej skupiny (kde neboli použité žiadne dodatočné informácie), boli respondenti rozdelení do tzv. “verzií”:

- A. Edukácia
- B. Dynamická sociálna norma
- C. Reciprocita

Vo verzii **edukácia** sme sa respondentovi snažili informovať o základných bariérach, vzdelávať ho o možnostiach dostupnosti pomoci/liečby a finančnom aspekte vyhľadania pomoci.

V prípade verzie **dynamickéj sociálnej normy** bolo v texte najskôr zdôraznené, že počas pandémie sa zvýšil záujem o odbornú pomoc až osemnásobne. Aktívne vyhľadávanie pomoci sme zadefinovali ako činnosť, sociálnu normu, na základe ktorej sa mení správanie mladých ľudí. Stále viac a viac mladých ľudí vyhľadáva a dostáva potrebnú odbornú pomoc v oblasti duševného zdravia - tieto informácie mali slúžiť ako prvotný impulz pre zapojenie sa do činnosti a motivovanie respondenta zaujímať sa viac o danú tému (“*tvoji rovesníci sa aktívne zaujímajú o vlastnú duševnú pohodu, pridaj sa k nim*”).

V prípade verzie **reciprocita**, sme vychádzali z konceptu uvedomia, že ak by poskytnutie nezištnej pomoci potreboval ich blízky, respondenti by neváhali podať mu pomocnú ruku. Zvýraznením nezištnosti pomoci druhým sme sa snažili poukázať na uvedomenie si aktu pomoci, ktorý by tiež iní urobili pre respondenta, ak by sa on/ona nachádzali v núdzi. Bola im položená hypotetická otázka: “*Ak mal tvoj blízky kamarát problém, s ktorým by si sám nevedel dať rady, pokúsil by si sa mu čo najviac pomôcť. Prečo potom nevyhľadáš pomoc, ak niečo trápi teba?*”.

Na základe týchto **rozdielnych behaviorálnych intervencií**, sme následne sledovali, či mala daná zmena v texte vplyv na ich záujem ohľadom témy duševného zdravia alebo zapojenia sa do programu rovesníckej podpory. Záujem o rovesnícku podporu mohli respondenti vyjadriť preklikom na viac informácií alebo priamo zanechať svoj e-mailový kontakt pre účasť v rovesníckej podpore, buď ako rovesník poskytujúci podporu (stať sa “buddym”) alebo získať rovesnícku podporu (chcem získať “buddyho”).

## Výsledky analýz

Všetky tabuľky sú uvedené na konci textu v Apendixe, pričom priamo v texte uvádzame len tie najdôležitejšie.

### Výskumná vzorka

Prieskumu sa zúčastnilo celkovo 5 403 respondentov. Keďže našou cieľovou skupinou bola *mladá generácia ľudí, ktorí zároveň študujú na vysokej škole*, tak sme pre potreby zredukovania potenciálnych skreslení analýz - odstránili z celkovej výskumnej vzorky odpovede respondentov, ktorí uviedli svoj vek pod 18 a nad 30 rokov.<sup>4</sup>

**Finálna výskumná vzorka** mladých ľudí predstavovala počet **N=4917** respondentov, ktorí boli vo veku od 18 do 30 rokov (M=22,854; SD= 2,275; Medián = 23). Z toho bolo 1 604 mužov (32,6%), 3 313 žien (67,4%).

Aj napriek veľkým rozdielom naprieč fakultami, pomery študentov sú porovnateľné s reálnou distribúciou v ročníkoch naprieč Slovenskom. Je teda opodstatnené argumentovať, že táto vzorka je reprezentatívna (aktuálne na Slovensku študuje 133 558 vysokoškolákov (Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR, 2021).

### Výsledky skríningu depresie

Použitý PHQ-9 dotazník umožňuje *orientačný odhad* závažnosti depresívnych symptómov. Celkové skóre 0-4 nepredstavuje žiadnu závažnosť; skóre 5-9 predstavuje miernu závažnosť; skóre 10-14 reprezentuje strednú závažnosť depresívnych symptómov a skóre 15-27 indikuje závažné symptómy depresie. *Zjednodušene povedané*: skóre nad 10 je klinicky významné.

V tabuľke č. 2 (Appendix) uvádzame celkové priemerné skóre PHQ-9 - rozdelené podľa pohlavia. Konkrétne medzi študentmi a študentkami existujú rozdiely, čo sa týka ich priemerného celkového skóre v skríningu **depresie**. V priemere, muži deklarovali pociťované symptómy depresie na úrovni M=10,60 (SD=6,36) a ženy M=11,39 (SD=5,99), pričom tento rozdiel bol štatisticky signifikantný  $t(4915) = -4.195$ ,  $p < .001$  (Tabuľka č. 3 - Appendix). Potvrdili to aj Mann-Whitneyho U testy  $U = 2432476.500$ ,  $z = -4.817$ ,  $p < .001$ ,  $r = -.069$ . *Zjednodušene povedané*: **muži a ženy v našej výskumnej vzorke sa v priemere medzi sebou líšia v intenzite prežívanej depresie**, pričom **ženy** uvádzajú tieto symptómy štatisticky výraznejšie, avšak sila efektu patrí medzi slabšie:  $r = -.069$ .

Priemerné skóre depresie bolo relatívne podobné naprieč ročníkmi. Konkrétne: 1. ročník Bc.: M=11,23 (SD=6,04); 2. ročník Bc.: M=11,51 (SD=6,24); 3. ročník Bc.: M=11,47

---

<sup>4</sup> Usudzujeme totiž, že staršia generácia mužov a žien už v živote rieši iné okruhy ťažkostí v porovnaní s napr. 23-ročnými študentmi a študentkami a preto by nám mohli skresliť meranie úzkosti a depresie u mladej generácie. Rešpektujeme, že niekto si na svojej životnej ceste zvolí vysokoškolské štúdium v relatívne vyššom veku, avšak predkladaná štúdia sa explicitne zameriava na mladú generáciu, ktorá zároveň študuje na vysokej škole na Slovensku.

(SD=6,08); 4. ročník (1. Mgr. / Ing.): M=10,85 (SD=6,06); 5. ročník (2. Mgr. / Ing.): M=10,79 (SD=5,97); Doktorandské štúdium: M=9,04 (SD=6,11).

Výsledky orientačne naznačujú - že **úvodné roky štúdia** (prvý stupeň vysokoškolského štúdia: bakalár) boli **počas pandémie sprevádzané aj vyšším prežívaním depresívnych symptómov**, než napríklad doktorandské štúdium. Maturanti totiž prešli zo strednej školy na vysokoškolské štúdium priamo prostredníctvom online vzdelávania (nezažili v prvých ročníkoch fyzickú prítomnosť učební, nového kolektívu, atď.) a museli sa v porovnaní so všetkými predchádzajúcimi generáciami adaptovať na novú kapitolu života *bez* priamych interakcií.

Študenti, ktorí už v minulosti kontaktovali profesionálnu pomoc, skórovali v PHQ-9 priemerne na úrovni M=12,97 (SD=6,37; Medián=13) a študenti, ktorí nikdy profesionálnu pomoc v kontexte duševného zdravia nevyhľadali, skórovali v priemere M=10,49 (SD=5,91; Medián=10). Tento rozdiel je štatisticky signifikantný  $t(4915) = -12,638$ ,  $p < .001$ ;  $U=1795698.50$ ,  $z = -12,050$ ,  $p < .001$ . *Zjednodušene povedané*: Tabuľka č. 4 (Appendix) naznačuje, že študenti, ktorí už v minulosti vyhľadali kvôli svojim psychickým a sociálnym ťažkostiam pomoc - vykazovali počas pandémie COVID-19 vyššie priemerné skóre v depresii v porovnaní so študentmi, ktorí ešte pomoc nevyhľadali.

*Toto zistenie interpretujeme nasledovne*: Pandémia COVID-19, a s tým spojené opatrenia, zmeny životného štýlu a emočne sýtené naratívy naprieč spoločnosťou mohli spolu s ďalšími faktormi dekompenzovať (zhoršiť / znovu-vyvolať) niektoré psychické poruchy študentov, ktorí sa už na psycho-sociálne vychýlenia liečili a boli relatívne zastabilizovaní.

Tabuľka č. 5 ponúka prehľad frekvencií subjektívne pociťovaných depresívnych symptómov počas pandémie. Konkrétne sme merali 10 indikátorov depresie. Medzi *najmenej* závažné prejavy v závislosti od frekvencie patrili “spomalenosť / agitovanosť” a taktiež “myšlienky na smrť / ublíženie si”. Tieto prejavy vôbec nepociťovalo až 2/3 opýtaných. Iba 45 respondentov (1%) uviedlo, že nepociťuje *žiadne* (ani jeden) z uvedených indikátorov depresie. Avšak, až 32 respondentov (0,7%) skórovalo v PHQ-9 na maximálnej možnej úrovni: 27, ktorá indikuje veľmi výrazné a závažné symptómy prežívanej depresie za posledné dva týždne.



**Tabuľka č. 5:** Subjektívne pociťované depresívne symptómy za posledné 2 týždne

Symptómy depresie (PHQ-9)	Vôbec nie	Niektoré dni	Viac než polovicu dní	Takmer každý deň
Malý záujem angažovať sa alebo tešiť sa	11%	43%	23%	22%
Nešťastie, Depresia, Beznádej	18%	43%	21%	18%
Problémy so spánkom	26%	31%	21%	22%
Únava / nedostatok energie	8%	36%	28%	28%
Slabá chuť alebo prejedanie	31%	32%	21%	16%
Zlý pocit zo seba	25%	31%	21%	23%
Ťažkosti so sústredením	35%	30%	18%	16%
Spomalenosť / Agitovanosť	61%	24%	10%	5%
Myšlienky na smrť / ublíženie si	67%	19%	7%	7%
Ťažkosti v práci / v starostlivosti o domácnosť alebo vzťahy	20%	48%	26%	6%

### Zhrnutie zistení

Použitý skrining PHQ-9 je klinicky významný pri skóre 10 a viac. V našej výskumnej vzorke mladej generácie sme zistili, že:

- muži a ženy sa medzi sebou v priemere líšia v intenzite prežívanej depresie: konkrétne *študentky počas pandémie prežívali depresiu intenzívnejšie viac než študenti.*
- študenti a študentky, ktorí už v minulosti vyhľadali kvôli svojim psychickým a sociálnym ťažkostiam pomoc - vykazovali počas pandémie COVID-19 vyššie priemerné skóre v depresii v porovnaní so študujúcimi, ktorí ešte takú pomoc nevyhľadali. *Tí, čo pomoc potrebovali v minulosti vykazovali počas pandémie vyššiu mieru depresie v porovnaní s tými, čo ešte psycho-sociálnu pomoc nikdy nevyhľadali.*
- vyššie priemerné skóre v depresii je na I. stupni v úvodných bakalárskych ročníkoch v porovnaní s ročníkmi II. a III. stupňa štúdia. Ide totiž zväčša o maturantov, ktorí počas

pandémie prešli na VŠ štúdium, avšak mali ho iba dištančne, online - bez fyzickej priamej skúsenosti prostredia a komunity.

- z pohľadu frekvencie boli najmenej závažné symptómy “spomalenosť alebo agitovanosť” a taktiež “myšlienky na smrť / ublíženie si”, ktoré *vôbec* nepocit’ovalo  $\frac{2}{3}$  výskumnej vzorky, avšak “únava a nedostatok energie” pocit’ovalo v aspoň nejakej miere 92% respondentov, pričom “malý záujem angažovať sa alebo tešiť sa” v nejakej miere vnímalo až 89% respondentov. Zvyšné symptómy depresie boli rozložené rovnomernejšie (Tabuľka č. 5).
- Až 80% ľudí v našej výskumnej vzorke uviedlo, že ich depresívne symptómy paralyzovali počas týždňa natoľko, že sa to prejavilo v ich výkone (v škole/ v práci), v domácnosti a v sociálnych vzťahoch (rodina, kolektív, partneri/ky, kamaráti/ky) - detaily v Tabuľke č. 5.

## Výsledky skríningu úzkosti (anxiety)

Pre meranie úzkosti sme použili dotazník GAD-7, pričom výsledné celkové skóre umožňuje *orientačný odhad* závažnosti úzkostných symptómov. Celkové skóre 0-4 nepredstavuje žiadnu závažnosť; skóre 5-9 predstavuje miernu závažnosť; skóre 10-14 reprezentuje strednú závažnosť a skóre 15-21 indikuje závažné symptómy úzkosti. *Zjednodušene povedané*: skóre nad 10 je klinicky významné.

V Tabuľke č. 6 (Appendix) môžeme vidieť celkové priemerné skóre GAD-7: rozdelené podľa pohlavia. Konkrétne medzi študentmi a študentkami existujú rozdiely, čo sa týka ich priemerného celkového skóre v skríningu **úzkosti**. V priemere, muži deklarovali pocit’ované symptómy úzkosti na úrovni  $M=7,79$  ( $SD=5,47$ ; Medián=7) a ženy  $M=9,18$  ( $SD=5,49$ ; Medián=8), pričom tento rozdiel bol štatisticky signifikantný  $t(4915) = -8,364$ ,  $p < .001$  (Tabuľka č. 7 - Appendix). Potvrdili to aj Mann-Whitneyho U testy  $U=2253771.50$ ,  $z = -8,654$ ,  $p < .001$ ,  $r = -.122$ . *Zjednodušene povedané*: **muži a ženy v našej výskumnej vzorke sa medzi sebou líšia v intenzite prežívanej úzkosti**, pričom **ženy** uvádzajú tieto symptómy štatisticky výraznejšie. Je dôležité poznamenať, že priemerné hodnoty študentov a študentiek *neboli* klinicky významné, i keď smerodajné odchýlky naznačujú, že medzi študentmi aj študentkami existujú ľudia s klinicky významnými hodnotami úzkosti.

Priemerné skóre v úzkosti (GAD-7) je relatívne podobné naprieč ročníkmi vysokoškolského štúdia. Konkrétne 1. ročník Bc.  $M=8,67$  ( $SD=5,40$ ); 2. ročník Bc.  $M=8,95$  ( $SD=5,58$ ); 3. ročník Bc. štúdia:  $M=9,16$  ( $SD=5,62$ ); 4. ročník (1. Mgr. / Ing.)  $M=8,56$  ( $SD=5,57$ ); 5. ročník (2. Mgr. / Ing.)  $M=8,52$  ( $SD=5,34$ ); Doktorandské štúdiá:  $M=7,14$  ( $SD=5,32$ ). Výsledky naznačujú, že tretí ročník (záverečný ročník bakalárskeho štúdia) predstavoval počas pandémie v priemere najväčšiu úzkostnú záťaž v našej výskumnej vzorke. Uvažujeme, že to môže hypoteticky súvisieť s pocit’ovanou neistotou ohľadne budúcnosti: “*oplatí sa počas pandémie pokračovať v online štúdiu a bude ma to vôbec takto baviť? Alebo idem radšej do práce?*” - kde je viac istoty do života v týchto neistých časoch?

Štujúci, ktorí už v minulosti kontaktovali profesionálnu pomoc skórovali v GAD-7 priemerne na úrovni  $M=10,35$  ( $SD=5,68$ ; Medián=10) a štujúci, ktorí nikdy profesionálnu pomoc v kontexte duševného zdravia nevyhľadali skórovali v priemere  $M=8,16$  ( $SD=5,34$ ; Medián=7). Tento rozdiel je štatisticky signifikantný  $t(4915) = -12,018$ ,  $p < .001$ ;  $U=1805880.50$ ,  $z = -11,819$ ,  $p < .001$ . *Zjednodušene povedané*: Tabuľka č. 8 (Appendix)

naznačuje, že študujúci, ktorí už v minulosti vyhľadali kvôli svojim intrapsychickým a sociálnym ťažkostiam pomoc - vykazovali počas pandémie COVID-19 vyššie priemerné skóre v úzkosti v porovnaní so študujúcimi, ktorí ešte pomoc nevyhľadali.

**Tabuľka č. 9:** Úzkostné symptómy subjektívne pociťované za posledné 2 týždne

Symptómy generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD-7)	Vôbec nie	Niektoré dni	Viac než polovicu dní	Takmer každý deň
Nervozita	19%	38%	24%	19%
Nekontrolovateľnosť starostí	23%	35%	23%	20%
Prehnané starosti	27%	33%	22%	17%
Neschopnosť uvoľniť sa	23%	35%	22%	20%
Nepokoj / Agitovanosť	48%	23%	12%	9%
Ľahká rozčúlenosť a podráždenosť	21%	40%	23%	16%
Strach z hrozieb	43%	32%	13%	12%

## Zhrnutie zistení

Použitý skrining GAD-7 je klinicky významný pri skóre 10 a viac. V našej výskumnej vzorke mladej generácie sme zistili, že:

- študenti a študentky sa medzi sebou v priemere líšia v intenzite prežívanej **úzkosti**: konkrétne **študentky počas pandémie prežívali úzkosť výraznejšie v porovnaní so študentmi**. I keď priemerné hodnoty mužov ( $M=7,70$ ;  $SD=5,45$ ) *nie sú klinicky významné*, smerodajná odchýlka naznačuje, že mnoho mužov pociťovalo úzkosť s klinickou významnosťou. Podobne to platí pri študentkách ( $M=9,08$ ;  $SD=5,49$ ).
- študenti a študentky, ktorí **už v minulosti vyhľadali** kvôli svojim psychickým a sociálnym ťažkostiam **pomoc** - vykazovali počas pandémie COVID-19 vyššie priemerné skóre ( $M=10,35$ ;  $SD=5,68$ ) v úzkosti v porovnaní so študujúcimi, ktorí ešte takú pomoc nevyhľadali ( $M=8,16$ ;  $SD=5,34$ ).
- Najvyššie priemerné skóre v úzkosti je v tretom ročníku Bc. štúdia ( $M=8,58$ ;  $SD=5,41$ ), pričom ostatné ročníky vykazujú nižšie priemerné hodnoty a žiaden ročník v priemere nedosahuje klinickú významnosť.
- Z pohľadu frekvencie boli najmenej závažné symptómy “nepokoj / agitovanosť” a taktiež “Strach z hrozieb”, ktoré *vôbec* nepociťovalo ½ výskumnej vzorky, avšak nervozitu, nekontrolovateľnosť starostí, neschopnosť uvoľniť sa a ľahkú rozčúlenosť či podráždenosť pociťovalo v aspoň nejakej miere počas týždňa 80% respondentov (Tabuľka č. 9).

## Ako zvýšiť záujem o viac informácií ohľadom duševného zdravia?

V našom prieskume nás zaujímalo ako rôzne formy textového rámcovania môžu vplyvať na motiváciu respondentov aj naďalej sa zaujímať o tému duševného zdravia. Mali sme štyri verzie dotazníkov, pričom každá z verzií sa zameriavala na inú formu komunikácie. Pri verzii **edukácia** sme sa venovali nielen informovaniu respondentov o najčastejších otázkach ohľadom získania pomoci pri duševnej nepohode, ale vzdelávali sme ich aj o pravosti jednotlivých obáv, a tým sme vyvracali jednotlivé mýty v tejto oblasti. Zaujímalo nás, či má verzia Edukácie vplyv na záujem respondentov o viac informácií ohľadom duševného zdravia v porovnaní s kontrolnou skupinou. Ukázalo sa, že táto forma rámcovania textu nemá vplyv na motiváciu jednotlivca viac sa zaujímať o danú tému duševného zdravia.

Verzia **dynamická sociálna** norma bola formovaná tak, aby podporila finálnu aktivitu jednotlivca pri prekliknutí na viac informácií tým, že sme apelovali na fakt, že aj jeho rovesníci v podobnej situácii duševnej nepohody viac a viac vyhľadávajú informácie o danej téme. Konkrétne nás zaujímalo, či majú sociálne normy vplyv na záujem respondentov o viac informácií ohľadom duševného zdravia v porovnaní s kontrolnou skupinou? Ukázalo sa, že táto forma rámcovania textu nemá vplyv na motiváciu jednotlivca viac sa zaujímať o danú tému duševného zdravia.

Vo verzii **reciprocita** sme sa zameriavali a apelovali najmä na altruizmus jednotlivca. V prípade, ak by sa v podobnej situácii ocitol ich blízky, altruisticky by mu pomohli. Prečo potom majú iný meter v prípade, ak sa v danej situácii ocitnú oni sami. Konkrétne nás zaujímalo, či mala táto verzia zmeny textu vplyv na väčší záujem respondentov o viac informácií ako v porovnaní s kontrolnou skupinou? Reciprocita bola slabo významná  $p=0.064$ , čo nám naznačilo, že okrem danej formy rámcovania textu sú aj iné faktory, ktoré ovplyvňujú záujem o viac informácií (Tabuľka č.23 - Apendix). Medzi tieto faktory jednoznačne patria bariéry, ktoré podrobne rozoberáme nižšie v texte.

Reciprocita ako významný faktor pri záujme subjektov o viac informácií v oblasti duševného zdravia nám ale naznačuje, že práve rámcovanie textu v súvislosti s altruizmom a pomoci iným má významne výrazný vplyv na motiváciu respondentov. Táto forma rámcovania textu významne vplývala na ženskú časť respondentov. Respondenti, ktorí vyjadrili záujem o viac informácií sa taktiež chceli zapojiť do rovesníckej pomoci zanechaním svojho emailového kontaktu.

## Zhrnutie zistení

Uplatňovanie princípu reciprocity a poukazovanie na správanie subjektov v prípade rovnakých potrieb vyhľadania pomoci pre ich najbližších motivuje subjekty viac sa zaujímať o tému duševného zdravia a potenciálne aj vyhľadať odbornú pomoc. Pri tomto nastavení vnímania jednotlivca sa poukazuje najmä na rozdiely medzi vnímaním duševných problémov seba a citlivejším prístupom v prípade, ak sa jedná o našich blízkych. Porovnáva sa prístup jednotlivca, ktorý častokrát nedokáže vlastnú situáciu ohodnotiť objektívne a veľký faktor zohráva zjednodušovanie daného problému.

Na to, aby sme dokázali pomôcť iným, musíme najskôr začať vnímať daný problém objektívne a pristupovať k nemu rovnako ako v prípade, ak by sa v núdzi ocitli naši najbližší.

Poukazovaním na princíp „dvojakého metra“ a rozdielnosti vlastného vnímania vieme bojovať proti zľahčovaniu vlastnej situácie a duševných problémov. Reciprocita pri správnom textovom nastavení teda vie dopomôcť vysvetliť rozdiely vnímania problému cez rôzne uhly pohľadu tak, aby sa s nimi vedel jedinec stotožniť, a aby následne pristupoval k vlastným problémom s dostatočnou vážnosťou.

## Bariéry pri vyhľadávaní pomoci

Nižšie uvedená Tabuľka č. 10 zobrazuje to, s akou frekvenciou respondenti považujú spomenuté dôvody ako bariéru v tom, aby vyhľadali odbornú pomoc. Najmenej významnými bariérami (70% a viac nesúhlas) boli predošlé zlé skúsenosti s pomocou, strach z hospitalizácie alebo ďalšie skutočnosti, kde respondenti vyjadrovali svoj strach z toho, že sa príde na ďalšie skutočnosti (závislosť na alkohole, tabakových výrobkoch, iné). Naopak, za najväčšie bariéry pri vyhľadaní odbornej pomoci môžu byť považované deklarované postoje respondentov, že si problém radšej chcú vyriešiť sami, prípadne, že by ťažkosti radšej zdieľali s rodinou alebo blízkymi než s odborníkmi. Približne 42% respondentov označilo ako bariéru finančné dôvody a vyše 1/3 tvrdí, že problém podľa nich prejde aj sám.

**Tabuľka č. 10:** Deklarované postoje k bariéram, ktoré bránia pri vyhľadaní odbornej pomoci

Bariéry, ktoré bránia pri vyhľadaní odbornej pomoci	Úplne nesúhlasím	Skôr nesúhlasím	Spolu nesúhlas	Neutrálny postoj	Skôr súhlasím	úplne súhlasím	Spolu súhlas
Radšej by som si taký problém vyriešil/a sám/a	8,8%	19,5%	28,3%	16,1%	38,8%	16,9%	55,7%
Radšej by som zdieľal/a svoje problémy, obavy s kamarátmi/rodinou	11,0%	17,9%	28,8%	13,7%	39,5%	18,0%	57,5%
Nemyslím si, že by mi odborníci pomohli	30,2%	28,4%	58,6%	21,5%	12,1%	7,8%	19,9%
Neviem kde získať odbornú pomoc	31,4%	22,4%	53,8%	13,7%	24,0%	8,5%	32,5%
Obavy, čo by si o mne druhí mysleli, keby sa to dozvedeli	39,7%	20,0%	59,7%	11,3%	18,9%	10,1%	29,0%
Nemôžem si to dovoliť z finančných dôvodov	24,2%	16,8%	41,0%	16,9%	24,4%	17,7%	42,1%
Už som o takú pomoc v minulosti žiadal, ale nepomohli mi	71,2%	8,4%	79,6%	10,6%	6,0%	3,8%	9,8%
Verím, že takýto problém prejde aj sám	18,3%	22,5%	40,8%	24,1%	27,3%	7,8%	35,1%
Pomoc by som hľadal/a inde (komunita, cirkev, alternatívna liečba)	48,8%	19,2%	68,0%	15,3%	12,4%	4,3%	16,7%
Obával/a by som sa, že ma hospitalizujú proti mojej vôli	57,7%	18,4%	76,1%	9,5%	9,8%	4,6%	14,4%
Nemyslím si, že by sa ma tento typ problémov mal týkať	25,4%	22,7%	48,1%	27,5%	16,4%	8,0%	24,4%

To, že to nebude anonymné	37,8%	20,7%	58,5%	17,3%	17,6%	6,6%	24,2%
Neviem aké to bude mať následky (hľadanie práce, získanie pôžičky, zdravotné záznamy)	33,5%	17,1%	50,6%	17,9%	21,9%	9,6%	31,5%
Obavy, že sa príde na ďalšie skutočnosti (napr. závislosti a iné)	59,1%	16,1%	75,2%	9,7%	11,2%	3,9%	15,1%

Tabuľka č. 11 poukazuje na existujúce rozdiely medzi študentmi a študentkami vo vnímaných bariérach.

**Tabuľka č. 11:** Rozdiely medzi mužmi a ženami v deklarovanych postojoch ohľadne bariér, ktoré súvisia s vyhľadanim odborníkov

*Rozdiely medzi mužmi a ženami v deklarovanych postojoch ohľadne bariér, ktoré súvisia s vyhľadanim odborníkov<sup>a</sup>*

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Monte Carlo Sig. (2-tailed)		
					Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound	
<b>Radšej by som si taký problém vyriešil/a sám/sama.</b>	2197731,000	7687372,000	-10,170	,000	,000	,000	,000
Radšej by som zdieľal/a svoje problémy, obavy s kamarátmi/rodinou	2612419,000	3891619,000	-,794	,427	,430	,418	,443
<b>Nemyslím si, že by mi odborník pomohol.</b>	2306131,000	7785836,000	-7,546	,000	,000	,000	,000
Neviedel/a by som, kde získať odbornú pomoc.	2644369,500	8117455,500	-,008	,993	,993	,991	,995
<b>Obával/a by som sa, čo by si o mne druhí mysleli, keď by sa to dozvedeli.</b>	2526658,500	8003053,500	-2,660	,008	,009	,007	,012
<b>Nemohol/-la by som si to dovoliť z finančných dôvodov.</b>	2393258,500	3674058,500	-5,563	,000	,000	,000	,000
Už som o takú pomoc v minulosti žiadal/a, ale nepomohli mi.	2576662,500	3847877,500	-1,530	,126	,128	,120	,137
<b>Verím, že takýto problém prejde aj sám.</b>	2343959,500	7813737,500	-6,626	,000	,000	,000	,000
<b>Pomoc by som hľadal/a inde (napr. v mojej komunite, cirkevnom spoločenstve, v rámci alternatívnej liečby či podobne).</b>	2530982,500	3811782,500	-2,659	,008	,008	,006	,010
Obával/a by som sa, že ma hospitalizujú proti mojej vôli.	2595174,000	3877575,000	-1,324	,186	,181	,171	,191
<b>Nemyslím si, že by sa ma tento typ problémov mal týkať.</b>	2366378,500	7826238,500	-5,950	,000	,000	,000	,000
To, že to nebude anonymné.	2599166,500	8032622,500	-,586	,558	,560	,547	,573
Neviem aké to bude mať následky (pri hľadaní práce, získaní pôžičky, zdravotné záznamy, iné).	2571778,500	3841399,500	-1,244	,213	,212	,201	,223
<b>Obavy, že sa príde na ďalšie skutočnosti (závislosť na alkohole, tabakových výrobkoch, iné).</b>	2442653,000	7876109,000	-4,481	,000	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: Pohlavie

Tabuľka č. 11 poukazuje, že medzi študentmi a študentkami existujú štatisticky významné rozdiely v postojoch bariér, ktoré bránia pri vyhľadani profesionálnej pomoci v kontexte duševného zdravia sú v tabuľke vyznačené hrubo. Konkrétne v našej výskumnej vzorke:

**Muži** v porovnaní so ženami štatisticky významnejšie **inklinovali súhlasom k nasledovným postojom** ohľadne bariér: *“Radšej by som si taký problém vyriešil/a sám/a”*; *“Nemyslím si, že by mi odborník pomohol”*; *“Obával/a by som sa, čo by si o mne druhí pomysleli, keď by sa to dozvedeli”*; *“Verím, že takýto problém prejde aj sám”*; *“Nemyslím si, že by sa ma tento typ problémov mal týkať”*; *“Obavy, že sa príde na ďalšie skutočnosti (napr. závislosti)”*.

**Ženy** v porovnaní s mužmi štatisticky významnejšie **inklinovali súhlasom k nasledovným postojom** - *“Nemohol/a by som si to dovoliť z finančných dôvodov”*; *“Pomoc by som hľadal/a inde (napr. v mojej komunite, cirkevnom spoločenstve, v rámci alternatívnej liečby, či podobne)”*. V iných postojoch nebola štatistická významnosť.

V rámci voľnej možnosti sa vyjadrilo až 110 respondentov, že veľkým problém prečo nevyhľadávajú pomoc je ich **zanepřázdnenosť** a **úzkosti spojené s vynechaním iných povinností** v prípade, ak by uprednostnili ich duševné zdravie a vyhľadali odborníka.

## Súvisí pohlavie s kontaktovaním profesionálnej pomoci v minulosti?

V našej výskumnej vzorke mladej generácie bolo 1274 respondentov (25,9%), ktorí už v minulosti kontaktovali odborníkov na duševné zdravie. Zaznamenali sme štatisticky významný vzťah medzi premennými: pohlavím a skúsenosťou s kontaktovaním profesionálnej pomoci v minulosti  $\chi^2(1) = 44,050$ ,  $p < .001$ ; pričom sila tohto vzťahu je vyjadrená pomocou Cramerovho  $V = .095$ ,  $p < .001$ , čo reprezentuje pomerne slabý vzťah. Detaily sú vizualizované v tabuľkách č. 14, 15 a 16 (Appendix).

*Interpretácia:* Pohlavie súvisí s tým, či sa ako vysokoškoláci priznáte v online prieskume, že ste potrebovali alebo kontaktovali v minulosti profesionálnu pomoc vo veci Vášho duševného zdravia. V podstate to znamená, že študentky inklinovali viac k vyhľadaniu odbornej pomoci, než študenti. Môžeme hypoteticky predpokladať strach zo stigmatizácie u mužov, ktorí sú kultúrne v našej spoločnosti tlačení do deklarovania sily a popierania, či skrývania vlastnej zraniteľnosti.

## Motivácie pri vyhľadávaní pomoci

Súčasťou analýzy bolo aj preskúmanie dôvodov, ktoré by mohli zvýšiť individuálnu motiváciu respondentov vyhľadať pomoc (Tabuľka č.12). Podobne ako pri bariérach vyhľadávania pomoci aj pri motiváciách respondenti vyjadrovali intenzitu svojho súhlasu označením jednej z piatich kategórií súhlasu. Najnižšie motivátory predstavovali možnosti tútorov na školách a konzultácie cez telefón / videohovor. Naopak najväčším motivátorom bolo sprístupnenie takejto pomoci bezplatne. Následne s viac ako 50% intervalom súhlasu respondenti označili viac informácií od školy a nastavenie jasnej cesty vyhľadania pomoci.

**Tabuľka č. 12: Vyjadrenie postojov k potenciálnym intenciám pri vyhľadani odbornej pomoci**

Intencie a motivácie	Vôbec nesúhlasím	Skôr nesúhlasím	Spolu nesúhlas	Neutrálny postoj	Skôr súhlasím	Úplne súhlasím	Spolu súhlas
Ak by odborníkom bol mentor alebo rovesník	13,4%	22,6%	36,0%	21,8%	33,5%	8,7%	42,2%
Ak by odborníkom bol tútor na mojej škole	27,5%	29,1%	56,6%	22,6%	17,2%	3,6%	20,8%
Anonymná pomoc cez chat s odborníkom z mojej školy	19,9%	20,1%	40,0%	17,9%	30,9%	11,2%	42,1%
Pomoc cez telefonát / videohovor s odborníkom z mojej školy	29,5%	28,7%	58,2%	19,0%	17,4%	5,4%	22,8%
Osobný rozhovor s odborníkom z mojej školy	19,6%	17,9%	37,5%	18,1%	32,2%	12,2%	44,4%
online portál na komunikáciu o problémoch	15,3%	17,1%	32,4%	20,4%	34,5%	12,7%	47,2%
diskutujúca skupina ľudí	25,5%	21,2%	46,7%	16,7%	27,4%	9,2%	36,6%
Ak by škola ponúkala jasnú cestu (spôsob) ako pomoc vyhľadať	12,6%	10,6%	23,2%	22,2%	36,6%	18,0%	54,6%
Ak by škola ponúkala viac informácií, ktoré by zodpovedali moje obavy	9,1%	10,0%	19,1%	20,8%	44,2%	15,9%	60,1%
Pri dlhodobom probléme, by som vyhľadal/a odbornú pomoc	8,0%	20,9%	28,9%	18,3%	35,4%	17,4%	52,8%
Ak by daná pomoc bola úplne bezplatná	5,3%	7,6%	12,9%	17,5%	31,8%	37,8%	69,6%



**Tabuľka č. 13:** Rozdiel medzi mužmi a ženami v deklarovaných postojoch ohľadne motivácií a intencií vyhľadať odborníkov na duševné zdravie

Rozdiel medzi mužmi a ženami v deklarovaných postojoch ohľadne motivácií a intencií vyhľadať odborníkov na duševné zdravie <sup>a,c</sup>							
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Monte Carlo Sig. (2-tailed)		
					Sig.	99% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Ak by tým odborníkom, s ktorým sa môžem porozprávať, bol mentor alebo rovesník.	2524912,500	7971562,500	-2,165	,030	,030	,026	,035
Ak by tým odborníkom, s ktorým sa môžem porozprávať, bol tútor na mojej škole.	2541582,500	7975038,500	-1,688	,091	,094	,087	,102
<b>Ak by tá pomoc bola vo forme anonymnej pomoci odborníkom z mojej školy (prostredníctvom chatu)</b>	2405792,000	3670637,000	-4,737	,000	,000	,000	,000
Ak by tá pomoc bola vo forme anonymnej pomoci odborníkom z mojej školy (prostredníctvom telefonátu, videohovoru)	2523362,000	3783440,000	-2,042	,041	,041	,036	,046
Ak by tá pomoc bola vo forme pomoci odborníkom z mojej školy (prostredníctvom osobného rozhovoru)	2573263,500	3831754,500	-,885	,376	,381	,369	,394
<b>Ak by bol vytvorený priestor (aj online) kde sa dá o problémoch viac hovoriť</b>	2226494,500	3481814,500	-8,589	,000	,000	,000	,000
<b>Ak by som sa vedel pripojiť ku skupine kde sa o problémoch diskutuje</b>	2466685,500	3725176,500	-3,173	,002	,002	,001	,003
<b>Ak by škola ponúkala jasnú cestu (spôsob) ako pomoc vyhľadať</b>	2301245,000	3558150,000	-6,934	,000	,000	,000	,000
<b>Ak by škola ponúkala viac informácií o procese, ktoré by dali odpoveď na moje obavy.</b>	2306539,000	3553949,000	-6,678	,000	,000	,000	,000
<b>Ak by ťa dlhšie niečo trápilo a potreboval by si sa zdôveriť, vyhľadal by si odbornú pomoc?</b>	2201168,500	3445421,500	-8,903	,000	,000	,000	,000
<b>Ak by daná pomoc bola úplne bezplatná</b>	2197993,000	3439093,000	-8,936	,000	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: Pohlavie

c. Hrubým písmom (boldom) sú zvýraznené štatisticky signifikantné rozdiely pri hladine významnosti:  $p < .01$

Okrem ponúkaných možností sme respondentom umožnili aj vyjadriť svoj názor voľným textom pri jednotlivých otázkach. Až 285 respondentov uviedlo, že skutočnou motiváciou by bolo, ak by ich rodina a najbližší podporili pri vyhľadaní odborníka. Taktiež zdôrazňovali, že pozitívne skúsenosti od iných by boli veľmi dôležitým faktorom pri budovaní dôvery k odborníkom.

## Súvisí záujem o viac informácií o téme duševného zdravia s pohlavím?

V našej výskumnej vzorke mladej generácie evidujeme štatisticky významný vzťah medzi premennými: pohlavím a skúsenosťou s kontaktovaním profesionálnej pomoci v minulosti  $\chi^2(1) = 154,696$ ;  $p < .001$ ; pričom sila tohto vzťahu je vyjadrená pomocou Cramerovho  $V = .177$ ,  $p < .001$ . Detaily sú uvedené v tabuľkách č. 17, 18 a 19 (Appendix).

*Interpretácia:* Pohlavie súvisí s tým, či sa ako mladí ľudia priznáte v online prieskume, že máte záujem o viac informácií o téme duševného zdravia. Ženy deklarujú väčší záujem v porovnaní s mužmi. Opäť *hypoteticky* narážame na kultúrno-historické súvislosti, ktoré v našej spoločnosti tlačia mužov do deklarovania sily a nezlomnosti, pričom žiadať o pomoc pri svojej zraniteľnosti je v mužských kruhoch vnímané ako slabosť (a teda útok na vlastný seba-obraz, seba-hodnotu a miesto v skupine / “svorke” mužov). Toto môže súvisieť s nižšou ochotou mužov vyhľadávať pomoc v oblasti duševného zdravia (a vyhľadávať pomoc všeobecne ako takú).

## Súvisí záujem o buddy systém s pohlavím?

1 631 respondentov (402 mužov, 24,6%; 1229 žien, 75,4%) sa vyjadrilo, či majú záujem zapojiť sa v nejakej forme do Buddy systému. 242 malo záujem stať sa rovesníkom určeným pre pomoc svojich zverencov (buddym). Konkrétne 198 budúcich zverencov malo záujem získať buddyho, rovesníka, ktorý ich bude smerovať v oblasti duševného zdravia. Daní respondenti nám zanechali ich emailové kontakty pre zaslanie viac informácií.

To či je človek muž alebo žena štatisticky *nesúvisí* s tým, či hľadá buddyho, chce byť buddym, alebo iba chce viac informácií o buddy systéme.  $\chi^2(2) = .068$ . Pohlavie *nesúvisí* s definovanými kategóriami systému buddy. Detaily sú uvedené v tabuľkách 20, 21 a 22 (Appendix).

Napriek tomu, že muži a ženy rozdielne skórovali v skríninchoch depresie a úzkosti, pričom taktiež vykazovali rozdiely v deklarovanej bariérah a motiváciách - tak v kontexte záujmu o buddy systém súvis s pohlavím nie je významný.

## Porovnanie duševného stavu respondenta s bariérami a motiváciami pre vyhľadanie odbornej pomoci

V nasledujúcej časti sa venujeme bariéram, ktoré vychádzajú štatisticky signifikantné pri porovnaní spolu so symptómami depresie (PHQ-9) a úzkosti (GAD-7) uvedených v prvej časti dotazníkového prieskumu. Venovali sme sa taktiež aj porovnávaniu dopytu pre viac informácií s jednotlivými bariérami a motiváciami.

### Dopyt po viac informáciách

Záujem získať viac informácií o duševnom zdraví sa signifikantne zvyšoval pri depresívnych symptómoch pretrvávajúcich viac ako týždeň, so zvyšujúcim sa vekom, a ak bol respondent ženského pohlavia. Pre respondentov s depresívnymi symptómami pretrvávajúcimi iba niekoľko dní bola téma duševného zdravia a duševnej pohody nezaujímavá. *So zhoršujúcimi sa depresívnymi symptómami sa zvyšoval dopyt po viac informáciách.* Ak

depresívne symptómy pretrvávali viac ako jeden týždeň, záujem respondentov o viac informácií sa zvyšoval, avšak s nižším koeficientom ako pri symptómoch pretrvávajúcich takmer každý deň. Pre porovnanie priemerov týchto odlišne veľkých dvoch skupín bol použitý Welchov t-test, pre porovnanie nie normálne distribuovaných vzoriek, ktoré sú odlišne veľké ( $n_1=1468$  a  $n_2=3449$ ). Na základe vykonaného testu sme mohli konštatovať signifikantné rozdiely v priemerných hodnotách depresívnych symptómov pre každú skupinu (Tabuľka č.24).

### **Bezplatné poskytnutie pomoci a jasný spôsob ako pomoc získať**

Jednoznačným motivátorom pre vyhľadanie pomoci je finančný aspekt, ak by pomoc bola poskytnutá bezplatne. Respondenti sa vyjadrili, že jedným z dôvodov prečo danú pomoc nevyhľadali v minulosti je finančná náročnosť konzultácií s odborníkmi. Ďalšou prekážkou je nevedomosť kde a ako danú pomoc hľadať. Výsledky regresie poukazujú na silný vzťah medzi nevedomosťou ako odbornú pomoc vyhľadať a motiváciou jasného spôsobu vyhľadania pomoci, ktorá je poskytnutá napríklad danou univerzitou, kde respondent študuje (Tabuľka 25). Záujem vyhľadania odbornej pomoci vďaka jasnému spôsobu vyhľadávania sa zvyšuje pri zhoršujúcich sa symptómoch pre depresiu a úzkosť (pretrvávajúcimi takmer každý deň).

### **Zhrnutie zistení**

Respondenti, ktorí trpia závažnejšími symptómami pre úzkosť a depresiu majú častokrát problém spozorovať jasný spôsob ako vyhľadať pomoc. Pre uľahčenie prístupu k pomoci by mala univerzita zvýšiť povedomie o možnostiach pomoci s upresnením krokov potrebných pre získanie pomoci.

Ľudia v núdzi, ktorí majú zhoršujúce sa duševné zdravie častokrát nedokážu urobiť prvý krok a vyhľadať odbornú pomoc.

Preto by mala škola spustiť informačnú kampaň zameranú aj na rodinu/ najbližších človeka v núdzi. Táto kampaň slúžiaca na pomoc najbližším by tak informovala rodinných príslušníkov, aby práve oni urobili prvý krok pre pomoc človeku v núdzi (poskytli im viac informácií, pomohli im s hľadaním pomoci, spravili si prieskum o možnostiach pomoci napr. na emental.sk). Ak by škola ponúkala službu, ktorá odhaľuje “cestu človeka v núdzi” výrazne by sa uľahčil prístup k pomoci. Súčasťou intervencií by mala byť mapa pomoci, kde by bolo jasne vidieť, kde je pomoc bezplatná (najlepšie aj s možnosťami referencií) a informovať o tom rovesníkov, aby sa tieto informácie mohli šíriť ďalej v danej komunite.

### **Anonymita**

Respondenti, ktorí sa neboja verejne hovoriť o svojich problémoch s rodinou/kamarátmi majú signifikantne väčší záujem vyhľadať mentora/rovesníka a neprekáža im komunikácia tvárou v tvár (99% interval spoľahlivosti). Avšak úplne opačný prípad sa objavuje pri závažnejších formách symptómov úzkosti a depresie. Je možné konštatovať, že s

dlhotrvajúcejšie pretrvávajúcimi symptómami depresie sa zvyšuje aj obava respondentov o to, že by pomoc, ktorú vyhľadajú nebola poskytnutá anonymne.

Respondenti, ktorí dosahovali najvyššie hodnoty symptómov depresie (pretrvávajúce takmer každý deň) mali najväčšie obavy, že by sa o ich duševnej nepohode dozvedeli iní. V prípade, ale, že symptómy depresie nie sú každodenné, obavy o porušení anonymity sa znižujú.

Respondenti s najnižšou formou symptómov depresie majú najmenší problém s tým, keby sa o ich duševnom stave niekto dozvedel (tabuľky č.26, č.27 a č.28)

## Zhrnutie zistení

Respondenti, ktorí ešte nemajú dlhodobo pretrvávajúce symptómy úzkosti a depresie nemajú problém s anonymitou a nie je pre nich problém hovoriť o svojej duševnej (ne)pohode. So zvyšujúcou sa závažnosťou pretrvávania symptómov sa však kladie väčší dôraz na anonymitu. Požadovaná anonymita preto môže byť signálom rôznych faktorov, ako napríklad pretrvávajúca stigma rozprávať o duševnej nepohode v spoločnosti spojená s pocitom hanby alebo úvahami o odsúdení spoločnosťou, ktoré sú stále prítomné v našej spoločnosti.

Práve kvôli rešpektovaniu potrieb jednotlivých skupín osôb v duševnej nepohode by poskytovanie pomoci malo mať obe formy: aj anonymnú aj kontaktnú-osobnú.

Veľký význam vidíme práve vo využívaní online priestoru a jeho nástrojov na komunikáciu. Navyše by mal vyškolený buddy vedieť, ako dodržiavať zásady anonymity (vysvetlené na odbornom školení) a mal by vedieť odporučiť zverenca pre anonymnú pomoc odborníkovi so zachovaním úplnej anonymity. Školy a kampaň by mali taktiež destigmatizovať intenzívnejšie tému vyhľadávania odbornej pomoci s apelom na to, že pomoc môže byť aj anonymná a vysoko dôverná.

## Nedôvera k odborníkom

Prieskum indikuje 99% interval spoľahlivosti silno signifikantnej súvislosti medzi tým, ako respondent vníma to, že mu odborník nedokáže pomôcť a jeho predchádzajúcu skúsenosť s odbornou pomocou v oblasti duševného zdravia. Inak povedané, respondenti, ktorí si myslia, že im odborník nepomôže, už majú predchádzajúcu skúsenosť s vyhľadaním odbornej pomoci. Odborníka už kontaktovali v minulosti a mali s nim nie pozitívnu skúsenosť (Tabuľka č.29)

## Zhrnutie zistení

Daný priestor medzi respondentmi, ktorí už vyhľadali pomoc v minulosti, nedostali očakávanú pomoc a sú preto skeptickí k opätovnému vyhľadaniu pomoci, bude potrebné vyplniť novým medzičlánkom.

Tu sa črtá priestor pre buddyho, odborne vyškoleného rovesníka, ktorý bude pôsobiť ako určitá forma medzičlánku: „sprievodca“ v oblasti duševného zdravia a bude môcť usmerňovať

respondenta medzi možnosťami pomoci. Je tomu najmä kvôli faktu, že buddies budú navzájom prepojení v komunite, kde bude možné zdieľať informácie o dostupnej pomoci. Tým pádom budú mať taktiež informácie o možnostiach a dostupnosti pomoci a budú vedieť efektívne nasmerovať respondenta aj na základe feedbacku (na predchádzajúcich reakciách rovesníkov) a predchádzajúcich informácií o vybranom odborníkovi/profesionálovi v oblasti duševného zdravia.

## Kde je hranica? Kedy je potrebné konať?

Záujem respondentov o zapojenie sa do rovesníckej podpory prostredníctvom získania “buddyho” sa zvyšoval v prípade, ak depresívne symptómy pretrvávali viac ako týždeň. Záujem o získanie rovesníckej podpory mali najmä študentky vyšších ročníkov. Na druhej strane, pravdepodobnosť zapojenia sa do buddy programu (získať buddyho) sa znižovala v prípade, ak si respondent myslel, že duševné **problémy**, ktoré ho trápia **prejdú samé**.

Pri rovnako meraných intenzitách úzkosti a depresie (najintenzívnejšie symptómy trvajúce takmer každý deň) majú subjekty so zhoršujúcim sa stavom nižšiu tendenciu veriť, že sa situácia zlepší sama. Zatiaľ čo pri symptómoch depresie trvajúcich viac ako týždeň, no nie takmer každý deň, sa respondenti vyjadrili, že veria, že problém prejde sám. Aj napriek tomu, že vplyv úzkosti a depresí bol rovnako významný, úzkosti mali trojnásobne nižší koeficient ako depresie, čo ilustruje silnejšiu vôľu respondentov zapojiť sa do buddy programu v prípade, že sa jednalo o depresiu.

## Zhrnutie zistení

Väčšina respondentov s mierne vážnymi symptómami úzkosti a depresie (trvajúce viac ako týždeň, no nie každý deň) si myslí, že ich problémy prejdú samé. Tomu ale častokrát nie je tak. Väčšina subjektov nevie presne stanoviť, kde je hranica toho, kedy problémy prejdú samé, a kedy je už potrebné vyhľadať odborníka.

Práve tu, v období kedy sa ešte nejedná o najvážnejšiu formu symptómov depresie a úzkosti, vidíme priestor pre tvorbu prevencie.

Na stanovenie hranice, najmä vďaka školeniam a zdieľaniam informácií od iných rovesníkov, by mal buddy slúžiť ako nestranný pozorovateľ, ktorý upozorňuje na fakt, že o svojich pocitoch duševnej nepohody a problémoch je potrebné sa rozprávať. Upozorňovaním na túto hranicu tak nielen zvýši informovanosť, ale bude možné ďalej zverencov smerovať.

## Odporúčania

Na základe prehľadu dostupných zdrojov literatúry zo zahraničia, redukcia stigmatizácie a vzdelávacie kampane, skrining a prepájacie programy, tréningy gate-keeperov patria medzi najefektívnejšie nástroje pri systematickom zlepšovaní duševného zdravia. Aj keď zdroje poukazujú na vyššiu mieru stigmatizácie a nízku mieru vyhľadávania pomoci najmä v populácii chlapcov a mladých mužov (Gwyther et al., 2019). Naše výsledky poukazujú na výrazne signifikantný rozdiel pomoci a bariér pri mužoch a ženách.

### Rovesnícka podpora a webová stránka e-Mental.

Jedným z najuniverzálnejších riešení preskúmaných bariér ako aj možných motivácii, ktoré by vedeli podporiť jednotlivca pri vyhľadaní odbornej pomoci, je tvorba rovesníckej podpory “buddy systému” a jedného zdroja informácii vo forme multifunkčnej web stránky “emental.sk”. Rovesník by ako vyškolený odborník v oblasti duševného zdravia slúžil nie iba ako nestranný pozorovateľ stavu duševného zdravia svojho zverenca, ale by vo veľkej miere slúžil ako navigátor v oblasti duševného zdravia. Nakoľko by bola sieť rovesníkov úzko prepojená, rovesníci by sa vedeli navzájom informovať o tom, aké sú možnosti pomoci v ich regióne, prípadne na ich univerzitách, a dokázali by tak zverencov efektívne usmerňovať podľa ich potrieb. Rovesníci by teda slúžili ako zdroj informácii pre ich zverencov a práve vďaka nezištnej pomoci budovanej na báze altruizmu, by sa budoval aj prirodzený rešpekt medzi zverencom a rovesníkom. Rovesníci by boli pridelení na základe asociácie s ich univerzitou (ponúkaná forma pomoci tvárou v tvár), prípadne geografického umiestnenia, no taktiež by bolo možné prideliť rovesníka aj anonymne.

Webová stránka e-Mental pri získaní anonymnej pomoci slúži ako tzv. “one-stop-shop” pre jednotlivca, ktorý sa začína zaujímať o tému duševného zdravia. Na stránke by si vedel spraviť orientačný test duševnej pohody s vyhodnotením a odporúčaniami, požiadať o pridelenie rovesníka, umožňovala by prihlásiť sa do rovesníckej podpory a stať sa rovesníkom, ako aj získať prehľad vo forme “mapy pomoci” o aktuálnych možnostiach a alternatívach vhodných pre daný duševný problém. Táto stránka by slúžila ako prvotný zdroj informácií, združovala by rovesníkov, ponúkala pomoc a umožňovala by získať komplexný prehľad v oblasti duševného zdravia. Forma rovesníckej podpory a cielená kampaň, má potenciál vo veľkom pomáhať najmä pri týchto nižšie spomenutých bariérach:

**Subjekty nevedia, kde je hranica** medzi “ono to prejde samo” a “už si neviem pomôcť sám/sama”. *Je potrebné vytvoriť systém pomoci, kde ich stav bude monitorovaný a možnosti pomoci im budú odporúčané podľa individuálnej potreby.* Záujem subjektov o zapojenie sa do rovesníckej podpory prostredníctvom získania “buddyho” sa zvyšuje v prípade, ak symptómy depresie pretrvávajú viac ako týždeň. Rovesnícka podpora môže slúžiť ako prvotná forma prevencie duševnej nepohody.

**Informovanosť o možnostiach pomoci, osveta:** Silnou prekážkou je odhodlať sa urobiť prvý krok pre získanie pomoci. Je nevyhnutné zlepšiť informovanosť aj o bezplatných možnostiach pomoci. Zároveň uľahčiť prístup k informáciám o novej pomoci, a taktiež pomôcť s prvými krokmi. Respondenti by uvítali jasný spôsob vyhľadania pomoci od ich univerzity. Výrazným problémom je ale nedôvera k odborníkom. Je potrebné nasmerovať ľudí správnym smerom, kde odborník už v minulosti úspešne pomohol iným. *Rovesnícka podpora*

*môže slúžiť ako prvotný zdroj informácií a navigovať jednotlivca podľa jeho individuálnych potrieb.*

**Možnosť voľby o stupni anonymnej pomoci** môže byť kľúčový motivátor pre mladých ľudí v duševnej nepohode. Dobrovoľníci v rovesníckej podpore by mali dodržiavať zásady anonymity (prostredníctvom prezývok) a mali by disponovať informáciami o vhodnej pomoci.

**Formulácia oslovenia respondenta** pre: 1) získanie viac informácií o duševnej pohode a 2) zapojenie sa do rovesníckej podpory, by mala byť formulovaná so zreteľom na reciprocitu. Ak by pomoc potreboval ich blízky, respondenti by neváhali pomôcť. “Prečo potom nevyhľadáš pomoc, ak niečo trápí teba?”

## Zdroje

- Brazinova, A., Hasto, J., Levay, I., & Pathare, S. (2019). Mental Health Care Gap: The Case of the Slovak Republic. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(6), 753-759. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00952-z>
- Charlson, F. J., Stapelberg, N. J., Baxter, A. J., & Whiteford, H. A. (2011). Should Global Burden of Disease Estimates Include Depression as a Risk Factor for Coronary Heart Disease? *BMC Medicine*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-47>
- Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2012). Help Seeking for Mental Health on College Campuses: Review of Evidence and Next Steps for Research and Practice. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(4), 222–232. <https://doi.org/10.3109/10673229.2012.712839>
- Elmer, T., Mephram, K., & Stadtfeld, C. (2020). Students under lockdown: Comparisons of students' social networks and mental health before and during the COVID-19 crisis in Switzerland. *PLOS ONE*, 15(7), e0236337. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236337>
- Friedman, J., Godvin, M., Shover, C. L., Gone, J. P., Hansen, H., & Schriger, D. L. (2022). Trends in Drug Overdose Deaths Among US Adolescents, January 2010 to June 2021. In *JAMA* (Vol. 327, Issue 14, p. 1398). American Medical Association (AMA). <https://doi.org/10.1001/jama.2022.2847>
- Gwyther K, Swann R, Casey K, Purcell R, Rice SM (2019) Developing young men's wellbeing through community and school-based programs: A systematic review. *PLoS ONE* 14(5).
- Hajduk, M., Dancik, D., Januska, J., Strakova, A., Turcek, M., Heretik, A., & Pecenak, J. (2021). Depression and anxiety among College Students in Slovakia – Comparison of the Year 2018 and during COVID-19 pandemic. *Bratislava Medical Journal*, 123(01), 44–49. [https://doi.org/10.4149/bll\\_2022\\_007](https://doi.org/10.4149/bll_2022_007)
- Heretik, A. et al., (2016). *Klinická psychológia* (Vyd. 2.). Nové Zámky: Psychoprof, spol s.r.o, 2016. ISBN: 978-80-89322-24-4
- Harvard University. (n.d.). Peer Counseling. Counseling and Mental Health Services. <https://camhs.huhs.harvard.edu/peer-counseling>
- Huang, J., Nigatu, Y. T., Smail-Crevier, R., Zhang, X., & Wang, J. (2018). Interventions for common mental health problems among university and college students: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric Research*, 107, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.09.018>
- IPčko. (2021). ŠTATISTIKA KONTAKTOV – 6 MESIACOV POMOCI. IPčko.sk - Internetová poradňa pre mladých ľudí. <https://ipcko.sk/statistika-kontaktov-6mesiakov-pomoci/>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>



- Lukačovič, M. (2021). *Sociálno-psychologické aspekty užívania psychedelik na Slovensku* [Dizertačná práca] – Univerzita Komenského v Bratislave. Fakulta sociálnych a ekonomických vied; Ústav aplikovanej psychológie. – Bratislava: FSEV, UK, 2021. 160s. Dostupné na <https://opac.crzp.sk/?fn=docviewChild000D2B1F>
- Lukačovič, M., & Masaryk, R. (2021). Subjektívne vnímané riziká užívania psychedelik. In *Československa psychologie* (Vol. 65, Issue 6, pp. 608–627). Institute of Psychology, Czech Academy of Sciences. <https://doi.org/10.51561/cspsych.65.6.608>
- McGill University. (n.d.). What is Students Helping Students? Students Helping Students. <https://www.mcgill.ca/peerprograms/about-us>
- Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR. (2021, November 17). Na Slovensku študuje 133 558 vysokoškolákov | *Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR Slovenskej republiky*. Dostupné na: <https://www.minedu.sk/na-slovensku-studuje-133-558-vysokoskolakov/>
- OECD. (2021). Supporting young people’s mental health through the COVID-19 crisis. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/supporting-young-people-s-mental-health-through-the-covid-19-crisis-84e143e5/#boxsection-d1e30>
- Patel, V., Chisholm, D., Dua, T., Laxminarayan, R., & Medina-Mora, M. E. (Eds.). (2016). *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4)*. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Setiawan, E., Wilson, A. A., Mizrahi, R., Rusjan, P. M., Miler, L., Rajkowska, G., Suridjan, I., Kennedy, J. L., Rekkas, P. V., Houle, S., & Meyer, J. H. (2015). Role of Translocator Protein Density, a Marker of Neuroinflammation, in the Brain During Major Depressive Episodes. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 268. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2427>
- Shalaby, R. A. H., & Agyapong, V. I. O. (2020). Peer Support in Mental Health: Literature Review. *JMIR Mental Health*, 7(6), e15572. <https://doi.org/10.2196/15572>
- Slovenská akadémia vied (2020). Koronavírus zasiahol duševné zdravie mladých: hlásia viac depresii a úzkostí. Dostupné: [https://www.sav.sk/index.php?lang=sk&doc=services-news&source\\_no=20&news\\_no=8928](https://www.sav.sk/index.php?lang=sk&doc=services-news&source_no=20&news_no=8928)
- Slovenská akadémia vied (2022). Dva roky pandémie zhoršili duševné zdravie na Slovensku. Dostupné: [https://www.akosamateslovensko.sk/wp-content/uploads/2022/03/TS\\_ASMS\\_emocie\\_marec-2022.pdf](https://www.akosamateslovensko.sk/wp-content/uploads/2022/03/TS_ASMS_emocie_marec-2022.pdf)
- Sheline, Y. I., Gado, M. H., & Kraemer, H. C. (2003). Untreated Depression and Hippocampal Volume Loss. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1516–1518. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1516>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Storrie, K., Ahern, K., & Tuckett, A. (2010). A systematic review: Students with mental health problems-A growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 1–6. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2009.01813.x>

- Sun, Y., Lin, S. Y., & Chung, K. K. H. (2020). University Students' Perceived Peer Support and Experienced Depressive Symptoms during the COVID-19 Pandemic: The Mediating Role of Emotional Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9308. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249308>
- Suresh, R., Karkossa, Z., Richard, J., & Karia, M. (2021). Program evaluation of a student-led peer support service at a Canadian university. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00479-7>
- Tai, H. H., Cha, J., Vedaiei, F., Dunlop, B. W., Craighead, W. E., Mayberg, H. S., & Choi, K. S. (2021). Treatment-Specific Hippocampal Subfield Volume Changes With Antidepressant Medication or Cognitive-Behavior Therapy in Treatment-Naive Depression. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.718539>
- University of Oxford. (n.d.). <https://www.ox.ac.uk/students/welfare/peersupport>
- Útvar hodnoty za peniaze (ÚHP). (2020). Duševné zdravie a verejné financie. MF SR. Dostupné na: [https://www.mfsr.sk/files/archiv/9/Dusevne\\_zdravie\\_verejne\\_financie\\_UHP.pdf](https://www.mfsr.sk/files/archiv/9/Dusevne_zdravie_verejne_financie_UHP.pdf)
- Veer, I. M., Riepenhausen, A., Zerban, M., Wackerhagen, C., Puhmann, L. M. C., Engen, H., Köber, G., Bögemann, S. A., Weermeijer, J., Uściłko, A., Mor, N., Marciniak, M. A., Askelund, A. D., Al-Kamel, A., Ayash, S., Barsuola, G., Bartkute-Norkuniene, V., Battaglia, S., Bobko, Y., Kalisch, R. (2021). Psycho-social factors associated with mental resilience in the Corona lockdown. *Translational Psychiatry*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01150-4>
- Wang, R., Chen, H., Liu, Y., Lu, Y. & Yao, Y., (2019). Neighborhood social reciprocity and mental health among older adults in China: the mediating effects of physical activity, social interaction, and volunteering. *BMC Public Health*, 19(1), pp.1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7385-x>
- WHO. (5 October) 2020. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services. Dostupné na: <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>

## APPENDIX:

**Tabuľka č. 1:** Depresívne pocity počas pandémie COVID-19 na Slovensku (SAV, 2022).

	vôbec	niekedy	značnú časť času	väčšinu času
október / november 2020	21,20%	44,30%	26,90%	7,60%
december 2020	24,00%	42,90%	25,50%	7,50%
január / február 2021	24,30%	45,40%	23,60%	6,70%
marec 2021	24,70%	45,10%	25,20%	5,00%
máj 2021	27,40%	46,40%	21,70%	4,50%
júl 2021	32,50%	40,60%	23,20%	4,70%
október 2021	29,40%	41,00%	24,10%	5,20%
december 2021	31,90%	40,30%	22,00%	5,80%
marec 2022	24,60%	45,30%	23,40%	6,70%

**Tabuľka č. 2:** Celkové skóre PHQ-9 (depresia) podľa *pohlavia*

*Descriptives*

	Pohlavie		<i>Statistic</i>	<i>Std. Error</i>	
Celkové skóre PHQ-9 (depresia)	muž	Mean	10,60	,159	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	10,29	
			Upper Bound	10,92	
		5% Trimmed Mean	10,37		
		Median	10,00		
		Variance	40,475		
		Std. Deviation	6,362		
		Minimum	0		
		Maximum	27		
		Range	27		
		Interquartile Range	9		
		Skewness	,510	,061	
		Kurtosis	-,537	,122	
		žena	Mean	11,39	,104
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	11,18	
			Upper Bound	11,59	
	5% Trimmed Mean		11,22		
	Median		11,00		
	Variance		35,972		
	Std. Deviation		5,998		
Minimum	0				
Maximum	27				
Range	27				
Interquartile Range	9				
Skewness	,374	,043			
Kurtosis	-,570	,085			

**Tabuľka č. 3:** Rozdiel medzi mužmi a ženami v celkovom skóre PHQ-9 (depresia)

*Independent Samples Test*

		<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>				<i>t-test for Equality of Means</i>			<i>95% Confidence Interval of the Difference</i>	
		<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>	<i>Mean Difference</i>	<i>Std. Error Difference</i>	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
Celkové skóre PHQ-9 (depresia)	Equal variances assumed	7,864	,005	-4,195	4915	,000	-,781	,186	-1,146	-,416
	Equal variances not assumed			-4,109	3009,601	,000	-,781	,190	-1,153	-,408

**Tabuľka č. 4:** Celkové skóre PHQ-9 (depresia) - rozdelené podľa skúsenosti s kontaktovaním odborníkov v minulosti

*Descriptives*

	Kontaktoval/a si už v minulosti odborníkov?		Statistic	Std. Error	
Celkové skóre PHQ-9 (depresia)	nie	Mean	10,49	,098	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	10,30	
			Upper Bound	10,68	
		5% Trimmed Mean	10,27		
		Median	10,00		
		Variance	34,905		
		Std. Deviation	5,908		
		Minimum	0		
		Maximum	27		
		Range	27		
		Interquartile Range	9		
		Skewness	,496	,041	
		Kurtosis	-,402	,081	
		áno	Mean	12,97	,179
			95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12,62
	Upper Bound			13,32	
	5% Trimmed Mean		12,90		
	Median		13,00		
	Variance		40,646		
	Std. Deviation		6,375		
Minimum	0				
Maximum	27				
Range	27				
Interquartile Range	10				
Skewness	,141	,069			
Kurtosis	-,827	,137			

**Tabuľka č. 5:** Subjektívne pociťované depresívne symptómy za posledné 2 týždne

Symptómy depresie (PHQ-9)	Vôbec nie	Niektoré dni	Viac než polovicu dní	Takmer každý deň
Malý záujem angažovať sa alebo tešiť sa	11%	43%	23%	22%
Nešťastie, Depresia, Beznádej	18%	43%	21%	18%
Problémy so spánkom	26%	31%	21%	22%
Únava / nedostatok energie	8%	36%	28%	28%
Slabá chuť alebo prejedanie	31%	32%	21%	16%

Symptómy depresie (PHQ-9)	Vôbec nie	Niektoré dni	Viac než polovicu dní	Takmer každý deň
Zlý pocit zo seba	25%	31%	21%	23%
Ťažkosti so sústredením	35%	30%	18%	16%
Spomalenosť / Agitovanosť	61%	24%	10%	5%
Myšlienky na smrť / ublíženie si	67%	19%	7%	7%
Ťažkosti v práci / v starostlivosti o domácnosť alebo vzťahy	20%	48%	26%	6%

**Tabuľka č. 6:** Celkové skóre GAD-7 (úzkosť, anxieta) podľa pohlavia

*Descriptives*

	Pohlavie		Statistic	Std. Error	
Celkové skóre GAD-7 (anxieta)	muž	Mean	7,79	,137	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7,52	
			Upper Bound	8,06	
		5% Trimmed Mean	7,55		
		Median	7,00		
		Variance	29,925		
		Std. Deviation	5,470		
		Minimum	0		
		Maximum	21		
		Range	21		
	Interquartile Range	9			
	Skewness	,567	,061		
	Kurtosis	-,566	,122		
	žena	Mean	9,18	,095	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	9,00	
			Upper Bound	9,37	
		5% Trimmed Mean	9,04		
		Median	9,00		
		Variance	30,080		
		Std. Deviation	5,484		
Minimum		0			
Maximum		21			
Range		21			
Interquartile Range	8				
Skewness	,356	,043			
Kurtosis	-,761	,085			

**Tabuľka č. 7: Rozdiel medzi mužmi a ženami v celkovom skóre GAD-7 (anxieta)**

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			95% Confidence Interval of the Difference			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Celkové skóre GAD-7 (anxieta)	Equal variances assumed	,024	,877	-8,357	4915	,000	-1,393	,167	-1,720	-1,066
	Equal variances not assumed			-8,364	3178,538	,000	-1,393	,167	-1,720	-1,066

**Tabuľka č. 8: Celkové skóre GAD-7 rozdelené podľa skúsenosti s kontaktovaním odborníkov v minulosti**

Descriptives

		Kontaktoval si v minulosti odborníkov na duševné zdravie?		Statistic	Std. Error		
Celkové skóre GAD-7 (anxieta)	nie	Mean		8,16	,089		
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7,99			
			Upper Bound	8,34			
		5% Trimmed Mean		7,95			
		Median		7,00			
		Variance		28,560			
		Std. Deviation		5,344			
		Minimum		0			
		Maximum		21			
		Range		21			
		Interquartile Range		8			
		Skewness		,498	,041		
		Kurtosis		-,580	,081		
			áno	Mean		10,35	,159
		95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	10,04		
				Upper Bound	10,66		
		5% Trimmed Mean			10,30		
		Median			10,00		
		Variance			32,323		
Std. Deviation		5,685					
Minimum		0					
Maximum		21					
Range		21					
Interquartile Range		9					
Skewness		,163	,069				
Kurtosis		-,964	,137				

**Tabuľka č. 9: Úzkostné symptómy subjektívne pociťované za posledné 2 týždne**

Symptómy generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD-7)	Vôbec nie	Niektoré dni	Viac než polovicu dní	Takmer každý deň
Nervozita	19%	38%	24%	19%
Nekontrolovateľnosť starostí	23%	35%	23%	20%
Prehnané starosti	27%	33%	22%	17%
Neschopnosť uvoľniť sa	23%	35%	22%	20%

Nepokoj / Agitovanosť	48%	23%	12%	9%
Lahká rozčúlenosť a podráždenosť	21%	40%	23%	16%
Strach z hrozieb	43%	32%	13%	12%

**Tabuľka č. 10: Deklarované postoje k bariéram, ktoré bránia pri vyhľadani odbornej pomoci**

Bariéry, ktoré bránia pri vyhľadani odbornej pomoci	Úplne nesúhlasím	Skôr nesúhlasím	Spolu nesúhlas	Neutrálny postoj	Skôr súhlasím	úplne súhlasím	Spolu súhlas
Radšej by som si taký problém vyriešil/a sám/a	8,8%	19,5%	28,3%	16,1%	38,8%	16,9%	55,7%
Radšej by som zdieľal/a svoje problémy, obavy s kamarátmi/rodinou	11,0%	17,9%	28,8%	13,7%	39,5%	18,0%	57,5%
Nemyslím si, že by mi odborníci pomohli	30,2%	28,4%	58,6%	21,5%	12,1%	7,8%	19,9%
Neviem kde získať odbornú pomoc	31,4%	22,4%	53,8%	13,7%	24,0%	8,5%	32,5%
Obavy, čo by si o mne druhí mysleli, keby sa to dozvedeli	39,7%	20,0%	59,7%	11,3%	18,9%	10,1%	29,0%
Nemôžem si to dovoliť z finančných dôvodov	24,2%	16,8%	41,0%	16,9%	24,4%	17,7%	42,1%
Už som o takú pomoc v minulosti žiadal, ale nepomohli mi	71,2%	8,4%	79,6%	10,6%	6,0%	3,8%	9,8%
Verím, že takýto problém prejde aj sám	18,3%	22,5%	40,8%	24,1%	27,3%	7,8%	35,1%
Pomoc by som hľadal/a inde (komunita, cirkev, alternatívna liečba)	48,8%	19,2%	68,0%	15,3%	12,4%	4,3%	16,7%
Obával/a by som sa, že ma hospitalizujú proti mojej vôli	57,7%	18,4%	76,1%	9,5%	9,8%	4,6%	14,4%
Nemyslím si, že by sa ma tento typ problémov mal týkať	25,4%	22,7%	48,1%	27,5%	16,4%	8,0%	24,4%
To, že to nebude anonymné	37,8%	20,7%	58,5%	17,3%	17,6%	6,6%	24,2%



Neviem aké to bude mať následky (hľadanie práce, získanie pôžičky, zdravotné záznamy)	33,5%	17,1%	50,6%	17,9%	21,9%	9,6%	31,5%
Obavy, že sa príde na ďalšie skutočnosti (napr. závislosti a iné)	59,1%	16,1%	75,2%	9,7%	11,2%	3,9%	15,1%

**Tabuľka č. 11: Rozdiel medzi mužmi a ženami v deklarovaných postojoch ohľadne bariér, ktoré súvisia s vyhľadáváním odborníkov**

*Rozdiely medzi mužmi a ženami v deklarovaných postojoch ohľadne bariér, ktoré súvisia s vyhľadáváním odborníkov<sup>a</sup>*

	Monte Carlo Sig. (2-tailed)						
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Sig.	99% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
<b>Radšej by som si taký problém vyriešil/a sám/sama.</b>	2197731,000	7687372,000	-10,170	,000	,000	,000	,000
Radšej by som zdieľal/a svoje problémy, obavy s kamarátmi/rodinou	2612419,000	3891619,000	-,794	,427	,430	,418	,443
<b>Nemyslím si, že by mi odborník pomohol.</b>	2306131,000	7785836,000	-7,546	,000	,000	,000	,000
Nevedel/a by som, kde získať odbornú pomoc.	2644369,500	8117455,500	-,008	,993	,993	,991	,995
<b>Obával/a by som sa, čo by si o mne druhí mysleli, keď by sa to dozvedeli.</b>	2526658,500	8003053,500	-2,660	,008	,009	,007	,012
<b>Nemohol/-la by som si to dovoliť z finančných dôvodov.</b>	2393258,500	3674058,500	-5,563	,000	,000	,000	,000
Už som o takú pomoc v minulosti žiadal/a, ale nepomohli mi.	2576662,500	3847877,500	-1,530	,126	,128	,120	,137
<b>Verím, že takýto problém prejde aj sám.</b>	2343959,500	7813737,500	-6,626	,000	,000	,000	,000
<b>Pomoc by som hľadal/a inde (napr. v mojej komunite, cirkevnom spoločenstve, v rámci alternatívnej liečby či podobne).</b>	2530982,500	3811782,500	-2,659	,008	,008	,006	,010
Obával/a by som sa, že ma hospitalizujú proti mojej vôli.	2595174,000	3877575,000	-1,324	,186	,181	,171	,191
<b>Nemyslím si, že by sa ma tento typ problémov mal týkať.</b>	2366378,500	7826238,500	-5,950	,000	,000	,000	,000
To, že to nebude anonymné.	2599166,500	8032622,500	-,586	,558	,560	,547	,573
Neviem aké to bude mať následky (pri hľadaní práce, získaní pôžičky, zdravotné záznamy, iné).	2571778,500	3841399,500	-1,244	,213	,212	,201	,223
<b>Obavy, že sa príde na ďalšie skutočnosti (závislosť na alkohole, tabakových výrobkoch, iné).</b>	2442653,000	7876109,000	-4,481	,000	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: Pohlavie

**Tabuľka č. 12: Vyjadrenie postojov k potenciálnym intenciám pri vyhľadani odbornej pomoci**

Intencie a motivácie	Vôbec nesúhlasím	Skôr nesúhlasím	Spolu nesúhlas	Neutrálny postoj	Skôr súhlasím	Úplne súhlasím	Spolu súhlas
Ak by odborníkom bol mentor alebo rovesník	13,4%	22,6%	36,0%	21,8%	33,5%	8,7%	42,2%
Ak by odborníkom bol tútor na mojej škole	27,5%	29,1%	56,6%	22,6%	17,2%	3,6%	20,8%
Anonymná pomoc cez chat s odborníkom z mojej školy	19,9%	20,1%	40,0%	17,9%	30,9%	11,2%	42,1%
Pomoc cez telefonát / videohovor s odborníkom z mojej školy	29,5%	28,7%	58,2%	19,0%	17,4%	5,4%	22,8%
Osobný rozhovor s odborníkom z mojej školy	19,6%	17,9%	37,5%	18,1%	32,2%	12,2%	44,4%
online portál na komunikáciu o problémoch	15,3%	17,1%	32,4%	20,4%	34,5%	12,7%	47,2%
diskutujúca skupina ľudí	25,5%	21,2%	46,7%	16,7%	27,4%	9,2%	36,6%
Ak by škola ponúkala jasnú cestu (spôsob) ako pomoc vyhľadať	12,6%	10,6%	23,2%	22,2%	36,6%	18,0%	54,6%
Ak by škola ponúkala viac informácií, ktoré by zodpovedali moje obavy	9,1%	10,0%	19,1%	20,8%	44,2%	15,9%	60,1%
Pri dlhodobom probléme, by som vyhľadal/a odbornú pomoc	8,0%	20,9%	28,9%	18,3%	35,4%	17,4%	52,8%
Ak by daná pomoc bola úplne bezplatná	5,3%	7,6%	12,9%	17,5%	31,8%	37,8%	69,6%

**Tabuľka č. 13: Rozdiel medzi mužmi a ženami v deklarovaných postojoch ohľadne motivácií a intencií vyhľadať odborníkov na duševné zdravie**

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Monte Carlo Sig. (2-tailed)		
					Sig.	99% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Ak by tým odborníkom, s ktorým sa môžem porozprávať, bol mentor alebo rovesník.	2524912,500	7971562,500	-2,165	,030	,030	,026	,035
Ak by tým odborníkom, s ktorým sa môžem porozprávať, bol tútor na mojej škole.	2541582,500	7975038,500	-1,688	,091	,094	,087	,102
<b>Ak by tá pomoc bola vo forme anonymnej pomoci odborníkom z mojej školy (prostredníctvom chatu)</b>	2405792,000	3670637,000	-4,737	,000	,000	,000	,000
Ak by tá pomoc bola vo forme anonymnej pomoci odborníkom z mojej školy (prostredníctvom telefonátu, videohovoru)	2523362,000	3783440,000	-2,042	,041	,041	,036	,046
Ak by tá pomoc bola vo forme pomoci odborníkom z mojej školy (prostredníctvom osobného rozhovoru)	2573263,500	3831754,500	-,885	,376	,381	,369	,394
<b>Ak by bol vytvorený priestor (aj online) kde sa dá o problémoch viac hovoriť</b>	2226494,500	3481814,500	-8,589	,000	,000	,000	,000
<b>Ak by som sa vedel pripojiť ku skupine kde sa o problémoch diskutuje</b>	2466685,500	3725176,500	-3,173	,002	,002	,001	,003
<b>Ak by škola ponúkala jasnú cestu (spôsob) ako pomoc vyhľadať</b>	2301245,000	3558150,000	-6,934	,000	,000	,000	,000
<b>Ak by škola ponúkala viac informácií o procese, ktoré by dali odpoveď na moje obavy.</b>	2306539,000	3553949,000	-6,678	,000	,000	,000	,000
<b>Ak by ťa dlhšie niečo trápilo a potreboval by si sa zdôveriť, vyhľadal by si odbornú pomoc?</b>	2201168,500	3445421,500	-8,903	,000	,000	,000	,000
<b>Ak by daná pomoc bola úplne bezplatná</b>	2197993,000	3439093,000	-8,936	,000	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: Pohlavie  
c. Hrubým písmom (boldom) sú zvýraznené štatisticky významné rozdiely pri hladine významnosti: p < .01

### Tabuľka č. 14: Kontaktovanie profesionálnej pomoci v minulosti - rozdelené podľa pohlavia

Kontaktoval si už v minulosti odborníka? \* Pohlavie Crosstabulation

			Pohlavie		
			muž	žena	Total
Kontaktoval si už v minulosti odborníka?	nie	Count	1284	2359	3643
		Expected Count	1188,4	2454,6	3643,0
		% of Total	26,1%	48,0%	74,1%
		Standardized Residual	2,8	-1,9	
	áno	Count	320	954	1274
		Expected Count	415,6	858,4	1274,0
		% of Total	6,5%	19,4%	25,9%
		Standardized Residual	-4,7	3,3	
Total	Count	1604	3313	4917	
	Expected Count	1604,0	3313,0	4917,0	
	% of Total	32,6%	67,4%	100,0%	

### Tabuľka č. 15: Chi-kvadrát - súvis kontaktovania profesionálnej pomoci v minulosti - podľa pohlavia

Chi-Square Tests<sup>c</sup>

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	44,050 <sup>a</sup>	1	,000	,000	,000	
Continuity Correction <sup>b</sup>	43,590	1	,000			
Likelihood Ratio	45,438	1	,000	,000	,000	
Fisher's Exact Test				,000	,000	
Linear-by-Linear Association	44,041 <sup>d</sup>	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	4917					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 415,60.

b. Computed only for a 2x2 table

c. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

d. The standardized statistic is 6,636.

### Tabuľka č. 16: Sila súvislosti pohlavia a kontaktovania profesionálnej pomoci v minulosti

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standard Error <sup>a</sup>	Approximate T <sup>b</sup>	Approximate Significance	Monte Carlo Significance	99% Confidence Interval	
					Significance	Significance	Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	,095			,000	,000 <sup>c</sup>	,000	,000
	Cramer's V	,095			,000	,000 <sup>c</sup>	,000	,000
	Contingency Coefficient	,094			,000	,000 <sup>c</sup>	,000	,000
Interval by Interval	Pearson's R	,095	,014	6,666	,000 <sup>d</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000	,000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,095	,014	6,666	,000 <sup>d</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000	,000
N of Valid Cases		4917						

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on 10000 sampled tables with starting seed 562334227.

d. Based on normal approximation.

**Tabuľka č. 17:** Deklarovaný záujem o viac informácií v téme duševného zdravia - rozdelené podľa pohlavia

*Máš záujem o viac informácií o téme duševného zdravia? \* Pohlavie Crosstabulation*

			<i>Pohlavie</i>		
			<i>muž</i>	<i>žena</i>	<i>Total</i>
Máš záujem o viac informácií o téme duševného zdravia?	nie	Count	666	802	1468
		Expected Count	478,9	989,1	1468,0
		% of Total	13,5%	16,3%	29,9%
		Standardized Residual	8,6	-5,9	
	áno	Count	938	2511	3449
		Expected Count	1125,1	2323,9	3449,0
		% of Total	19,1%	51,1%	70,1%
		Standardized Residual	-5,6	3,9	
Total	Count	1604	3313	4917	
	Expected Count	1604,0	3313,0	4917,0	
	% of Total	32,6%	67,4%	100,0%	

**Tabuľka č. 18:** Chi-kvadrát - súvis pohlavia a deklarovaneho záujmu o viac informácií

*Chi-Square Tests<sup>c</sup>*

	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymptotic Significance (2-sided)</i>	<i>Exact Sig. (2-sided)</i>	<i>Exact Sig. (1-sided)</i>	<i>Point Probability</i>
Pearson Chi-Square	154,696 <sup>a</sup>	1	,000	,000	,000	
Continuity Correction <sup>b</sup>	153,870	1	,000			
Likelihood Ratio	150,653	1	,000	,000	,000	
Fisher's Exact Test				,000	,000	
Linear-by-Linear Association	154,664 <sup>d</sup>	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	4917					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 478,88.

b. Computed only for a 2x2 table

c. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

d. The standardized statistic is 12,436.

**Tabuľka č. 19:** Sila súvislosti pohlavia s deklarovaneho záujmom o viac informácií

*Symmetric Measures*

			<i>Monte Carlo Significance</i>			
			<i>Value</i>	<i>Approximate Significance</i>	<i>99% Confidence Interval</i>	
				<i>Significance</i>	<i>Lower Bound</i>	<i>Upper Bound</i>
Nominal by Nominal	Phi	,173	,000	,000 <sup>c</sup>	,000	,000
	Cramer's V	,173	,000	,000 <sup>c</sup>	,000	,000
	Contingency Coefficient	,171	,000	,000 <sup>c</sup>	,000	,000
N of Valid Cases		4624				

c. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1634676757.

## Tabuľka č. 20: Deklarovaný záujem o Buddy systém - rozdelené podľa pohlavia (n=1631)

Máš záujem stať sa buddym a tým niekomu pomôcť, alebo hľadáš buddyho pre seba? \* Pohlavie Crosstabulation

		Pohlavie			
			muž	žena	Total
Máš záujem stať sa buddym a tým niekomu pomôcť, alebo hľadáš buddyho pre seba?	Hľadáš buddyho	Count	48	144	192
		Expected Count	47,3	144,7	192,0
		% of Total	2,9%	8,8%	11,8%
		Standardized Residual	,1	-,1	
	Chcem viac informácií o buddy systéme	Count	301	928	1229
		Expected Count	302,9	926,1	1229,0
		% of Total	18,5%	56,9%	75,4%
		Standardized Residual	-,1	,1	
	Chcem byť buddy	Count	53	157	210
		Expected Count	51,8	158,2	210,0
		% of Total	3,2%	9,6%	12,9%
		Standardized Residual	,2	-,1	
Total	Count	402	1229	1631	
	Expected Count	402,0	1229,0	1631,0	
	% of Total	24,6%	75,4%	100,0%	

## Tabuľka č. 21: Chi-kvadrát - súvis pohlavia s deklarovným záujmom o Buddy systém

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval		Significance	99% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound	
Pearson Chi-Square	,068 <sup>a</sup>	2	,966	,973 <sup>b</sup>	,969	,977			
Likelihood Ratio	,068	2	,966	,973 <sup>b</sup>	,969	,977			
Fisher's Exact Test	,097			,952 <sup>b</sup>	,947	,958			
Linear-by-Linear Association	,004 <sup>c</sup>	1	,948	,954 <sup>b</sup>	,948	,959	,509 <sup>b</sup>	,496	
N of Valid Cases	1631								

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 47,32.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

c. The standardized statistic is -,065.

## Tabuľka č. 22: Sila vzťahu pohlavia s deklarovným záujmom o buddy systém

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standard Error <sup>a</sup>	Approximate T <sup>b</sup>	Monte Carlo Significance		
					Approximate Significance	Significance	99% Confidence Interval
					Lower Bound	Upper Bound	
Nominal by Nominal	Phi	,006		,966	,973 <sup>c</sup>	,969	,977
	Cramer's V	,006		,966	,973 <sup>c</sup>	,969	,977
	Contingency Coefficient	,006		,966	,973 <sup>c</sup>	,969	,977
Interval by Interval	Pearson's R	-,002	,025	-,065	,948 <sup>d</sup>	,954 <sup>c</sup>	,948
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,002	,025	-,067	,947 <sup>d</sup>	,929 <sup>c</sup>	,923
N of Valid Cases		1631					

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

d. Based on normal approximation.

**Tabuľka č. 23:** Porovnanie behaviorálnych intervencií a záujem respondentov o viac informácií

viac_info	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
VariantC	.0990202	.0533663	1.86	0.064	-.0055758	.2036162
VariantA	.0575986	.0534643	1.08	0.281	-.0471895	.1623867
VariantB	.0487036	.0530793	0.92	0.359	-.0553299	.1527372
VariantCG	0 (omitted)					
Vek	-.0042956	.0083466	-0.51	0.607	-.0206547	.0120635
female	.4858197	.0395786	12.27	0.000	.4082472	.5633922
_cons	.2618438	.1968586	1.33	0.183	-.1239919	.6476795

**Tabuľka č. 24:** Welch t-test depresie a skupín dopytu po viac informáciách

Two-sample t test with unequal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	1468	9.85218	.1634397	6.262107	9.531579	10.17278
1	3449	11.67498	.1020019	5.990389	11.47499	11.87497
combined	4917	11.13077	.0874083	6.129185	10.95941	11.30213
diff		-1.822798	.1926575		-2.200572	-1.445025

diff = mean(0) - mean(1) t = -9.4613  
 Ho: diff = 0 Welch's degrees of freedom = 2662.1

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0  
 Pr(T < t) = 0.0000 Pr(|T| > |t|) = 0.0000 Pr(T > t) = 1.0000

**Tabuľka č. 25:** Welch t-test depresie a skupín motivácie, ak by pomoc bola bezplatná

Two-sample t test with unequal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	1510	10.6543	.1599254	6.214497	10.3406	10.968
1	3407	11.34194	.1041636	6.079978	11.13771	11.54617
combined	4917	11.13077	.0874083	6.129185	10.95941	11.30213
diff		-.6876384	.1908565		-1.06187	-.3134069

diff = mean(0) - mean(1) t = -3.6029  
 Ho: diff = 0 Welch's degrees of freedom = 2836.45

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0  
 Pr(T < t) = 0.0002 Pr(|T| > |t|) = 0.0003 Pr(T > t) = 0.9998

**Tabuľka č. 26:** Welch t-test depresie a preferovanou konzultáciou s rodinou a priateľmi

Two-sample t test with unequal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	3505	10.36748	.0985183	5.832584	10.17432	10.56063
1	1412	13.0255	.1711574	6.431511	12.68975	13.36125
combined	4917	11.13077	.0874083	6.129185	10.95941	11.30213
diff		-2.658021	.197486		-3.045282	-2.27076

diff = mean(0) - mean(1) t = -13.4593  
 Ho: diff = 0 Welch's degrees of freedom = 2396.3

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0  
 Pr(T < t) = 0.0000 Pr(|T| > |t|) = 0.0000 Pr(T > t) = 1.0000

**Tabuľka č. 27:** Welch t-test depresie a preferovanou anonymnou konzultáciou cez anonymný chat

Two-sample t test with unequal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	2827	10.80191	.1155523	6.14386	10.57533	11.02849
1	2090	11.5756	.1330484	6.082509	11.31468	11.83652
combined	4917	11.13077	.0874083	6.129185	10.95941	11.30213
diff		-.7736879	.176222		-1.119169	-.4282068

diff = mean(0) - mean(1) t = -4.3904  
 Ho: diff = 0 Welch's degrees of freedom = 4527.61

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0  
 Pr(T < t) = 0.0000 Pr(|T| > |t|) = 0.0000 Pr(T > t) = 1.0000

**Tabuľka č. 28:** Welch t-test depresie a preferovanou anonymnou konzultáciou s odborníkom prostredníctvom videa

Two-sample t test with unequal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	3777	11.01059	.0992074	6.097017	10.81609	11.2051
1	1140	11.52895	.1842413	6.220703	11.16746	11.89044
combined	4917	11.13077	.0874083	6.129185	10.95941	11.30213
diff		-.518357	.2092533		-.9287545	-.1079594

diff = mean(0) - mean(1) t = -2.4772  
 Ho: diff = 0 Welch's degrees of freedom = 1849.56

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0  
 Pr(T < t) = 0.0067 Pr(|T| > |t|) = 0.0133 Pr(T > t) = 0.9933



**Tabuľka č. 29:** Welch t-test nedôvery k odborníkom a skupinou ľudí, ktorý mali/ nemali negatívne skúsenosti so špecialistami v minulosti

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	2063	-1.178866	.0284825	1.293684	-1.234723	-1.123008
1	2835	-1.507231	.0181359	.9656415	-1.542792	-1.47167
combined	4898	-1.368926	.0161066	1.127229	-1.400502	-1.33735
diff		.3283653	.0322849		.2650724	.3916582

diff = mean(0) - mean(1) t = 10.1709  
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 4896

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0  
 Pr(T < t) = 1.0000 Pr(|T| > |t|) = 0.0000 Pr(T > t) = 0.0000