Prežívanie úzkosti, stresu, osamelosti a well-being rodičov počas prvej a druhej vlny pandémie koronavírusu na Slovensku

Experiences of anxiety, stress, loneliness and well-being of parents during the first and second wave of coronavirus pandemic in Slovakia

ROBERT TOMŠÍK*

Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Cyprichova 42, 831 05 Bratislava, Slovensko,
robert.tomsik@vudpap.sk
Spoluautor tvoril design štúdie, podieľal sa na tvorbe výskumnej batérie, zbere dát a štatistickom spracovaní dát.

EVA RAJČANIOVÁ

Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Cyprichova 42, 831 05 Bratislava, Slovensko,
eva.rajcaniova@vudpap.sk
Spoluautorka tvorila design štúdie, podieľala sa na tvorbe výskumnej batérie, zbere dát, tvorbe metodologických východísk a interpretácii výsledkov.

PETRA FERENČÍKOVÁ

Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Cyprichova 42, 831 05 Bratislava, Slovensko,
petra.ferencikova@vudpap.sk
Spoluautorka tvorila design štúdie, podieľala sa na tvorbe výskumnej batérie, zbere dát, tvorbe teoreticko-empirických východísk a interpretácii dát.

Abstrakt: Cieľom štúdie bolo zmapovanie úrovne well-beingu, stresu, úzkosti a osamelosti rodičov počas prvej vlny pandémie koronavírusu na Slovensku (apríl–máj 2020) v porovnaní so začínajúcou druhou vlnou v októbri 2020. Prvej fázy výskumu sa zúčastnilo 457 respondentov, druhej fázy sa zúčastnilo 125 z nich. V online dotazníkovej batérii boli použité výskumné nástroje merajúce well-being (WHO-5), úzkosť (GAD-7), osamelosť (DJGLS-6) a vnímaný stres (PSS-10). Počas prvej vlny pandémie bola u respondentov zaznamenaná mierne znížená úroveň well-beingu a stredná úroveň stresu, úzkosti a osamelosti. Pomocou dvojestupňovej klastrovej analýzy boli identifikované 4 podskupiny rodičov. Za rizikovú možno označiť skupinu 10 % rodičov s výrazne negatívnym celkovým prežívaním. V začiatku druhej vlny pandémie došlo oproti prvému meraniu k významnému zníženiu well-beingu, úzkosti a emocionálnej osamelosti. Zovšeobecniteľnosť výsledkov je limitovaná veľkosťou a zložením vzorky, s vysokým zastúpením žien.

Kľúčová slova: pandémia Covid-19; well-being; stres; úzkosť; osamelosť.

Abstract: The aim of the study was to explore the level of well-being, stress, anxiety and loneliness experienced by parents in the first wave of the Covid-19 pandemic in Slovakia (April–May 2020) and compare it with the onset of the second wave in October 2020. In the first research phase, 457 respondents took part; 125 of them participated in the second phase. The online form included measures of well-being (WHO-5), anxiety (GAD-7), loneliness (DJGLS-6) and perceived stress (PSS-10). During the first wave of the pandemic, slightly reduced well-being and moderate levels of stress, anxiety and loneliness were reported on average. Using TSCA, 4 clusters of parents were identified. Around 10% of respondents with serious overall negative experiences can be considered at risk. In the second wave, there was a significant decrease of well-being, anxiety and emotional loneliness. The generalisation of results is limited by the size and distribution of the sample, with a high proportion of women.

Keywords: Covid-19 pandemic; well-being; stress; anxiety; loneliness.

1 Problém

Pandémia koronavírusu sa šíri svetom už od konca roka 2019 a koncom decembra bolo potvrdených celosvetovo takmer 73 miliónov prípadov ochorenia Covid-19, z toho viac ako 1,6 milióna úmrtí (World Health Organization, 2020). Na Slovensku bol zaznamenaný prvý prípad ochorenia Covid-19 v marci 2020 a odvtedy naša krajina čelí rôznym fázam reštrikčných opatrení, od miernych obmedzení niektorých služieb a sociálnych kontaktov až po uzatvorenie všetkých vzdelávacích inštitúcií, zavedenie dištančného vzdelávania a napokon aj zákaz vychádzania. Mimoriadna pandemická situácia sa negatívne prejavila nielen v ekonomickej a sociálnej sfére (OECD, 2020), ale predstavuje tiež nezanedbateľné riziko v oblasti psychického zdravia. Skúsenosti s koronavírusovými epidémiami SARS a MERS naznačujú, že dopady na psychické zdravie obyvateľstva môžu byť veľmi závažné a dlhotrvajúce (Jeong et al., 2016; Mak et al., 2009).

Psychické zdravie populácie v súvislosti s pandemiou nového koronavírusu sa tak stalo predmetom záujmu mnohých výskumných štúdií po celom svete. Podľa metaanalýzy výsledkov výskumov uskutočnených v Španielsku, Taliansku, Bangladéši, Nigérii, Číne a USA bola počas pandémie koronavírusu v bežnej populácii zaznamenaná zvýšená miera psychologického stresu. Jeho príznaky prežíval takmer každý štvrtý dospelý (Cooke et al., 2020). Psychický distress sa v tomto období spájal aj s inak bežnými činnosťami, ako je dochádzanie do práce, nachádzanie rovnováhy medzi rodinou a prácou (Blustein et al., 2020; Restubog et al., 2020), či s nedostatkom fyzickej aktivity (Maugeri et al., 2020). Počas pandémie klesla miera well-beingu obyvateľstva (Kimhi et al., 2020; Zacher & Rudolph, 2020) a zvýšil sa výskyt psychologických problémov ako úzkosť, depresia či panická porucha (Salari et al., 2020). Reštriktívne opatrenia obmedzujúce sociálne kontakty, povinná karanténa a celkovo pocity ohrozenia z koronavírusu mali za následok zvýšenie miery pocitov neistoty a osamelosti (Anderson et al., 2020). Osamelosť počas pandémie sa navyše ukazuje ako silný prediktor vnímaného stresu (Horesh et al., 2020) a nakoľko sa spája aj s funkciou imunitného systému organizmu (Jaremka et al., 2013), či so subjektívne vnímanou závažnosťou symptómov vírusového ochorenia (LeRoy et al., 2017), jej význam v čase pandémie je nezanedbateľný.

So závažnejším psychologickým dopadom pandémie sú tiež výskumne spájané niektoré sociodemografické faktory, čo umožňuje identifikáciu rizikových skupín v populácii. Vyššia úroveň vnímaného stresu a starostí, vyššia miera úzkosti a depresívnych symptómov a tiež nižšia kvalita života bola zaznamenaná najmä u žien (Horesh et al., 2020; Salari et al., 2020; Wang et al., 2020a), čo poväčšine súviselo s reštrikčnými obmedzeniami; zhoršením sociálno-ekonomickej situácie

žien, náročnejšou starostlivosťou o deti bez podporných sietí a tiež zvýšením konfliktov v domácnosti a domácim násilím (Blustein et al., 2020; Pierce et al., 2020). Z hľadiska negatívnych dopadov pandémie na psychické zdravie sa ako zraniteľnejšie ďalej ukazujú skupiny ľudí so zhoršeným zdravotným stavom, študenti (Wang et al., 2020a; Xiong et al., 2020), mladšie vekové skupiny (pod 40 rokov; Salari et al., 2020; Xiong et al., 2020) a nezamestnaní (Xiong et al., 2020).

V neposlednom rade, pandémie a reštriktčné opatrenia s ňou spojené predstavujú záťaž aj pre rodiny s deťmi. Autori Prime, Wade & Browne (2020) hovoria o akútnej hrozbe pre blaho rodiny, kde negatívne vplyvajú nie len pocity ohrozenia zdravia a života, ale aj strata zamestnania či finančná neistota, obmedzenie sociálnych kontaktov a zníženie sociálnej podpory, prerušenie vyučovania a zvýšená starostlivosť o domácnosť, deti a ich edukáciu. Deti sa museli vyrovnávať so zmenou bežných rutín a zvyklostí, týkajúcich sa aj vzdelávacích povinností (Wang et al., 2020b). Podľa výsledkov americkej štúdie, až 27 % rodičov detí do 18 rokov uviedlo zhoršenie svojho psychického zdravia počas trvania pandémie koronavírusu a 14 % z nich zaznamenalo negatívne zmeny aj v správaní detí (Patrick et al., 2020). Často diskutovanou témou v súvislosti s opatreniami proti šíreniu nového koronavírusu je tiež problém zvyšujúceho sa domáceho násillia v rodinách (Statistics Canada, 2020).

Metaanalytické štúdie mentálneho zdravia obyvateľstva v období pandémie koronavírusu naznačujú, že miera dopadov pandémie na psychiku obyvateľstva súvisí s množstvom faktorov, ktoré sa môžu značne líšiť naprieč krajinami, resp. regiónmi, ako je napr. spôsob mediálneho informovania o pandémii, kvalita zdravotníckej starostlivosti (Salari et al., 2020), bývanie v meste, dostupnosť relevantných informácií o koronavíruse, počet dní tzv. lockdown-u (Xiong et al., 2020) a pod. Xiong et al. (2020) ďalej uvádzajú, že regionálne rozdiely v mentálnom zdraví populácie sú spojené so „závažnosťou epidemickej situácie, národnou ekonomikou, pripravenosťou vlády, dostupnosťou zdravotníckych pomôcok/zariadení a vhodnom šírení informácií o koronavíruse“ (s. 61). Cooke et al. (2020) zdôrazňujú potrebu skúmať psychologické dopady pandémie koronavírusu v rôznych geografických oblastiach vzhľadom na prevalenciu ochorenia, ale aj v súvislosti s odlišnosťami v prístupe krajín k protiepidemickým opatreniam. Zistenia zahraničných autorov tak nemusia byť prenositeľné do nášho prostredia a oprávnenou je preto otázka, aká je miera závažnosti negatívnych dopadov pandémie na prežívanie obyvateľov na Slovensku.

Vzhľadom na uvedenú súvislosť medzi prežívaním a epidemickou situáciou, resp. prevalenciou ochorenia je zaujímavé tiež sledovať zmeny v psychickom stave obyvateľstva v čase, so zhoršením alebo zlepšením epi-

demickej situácie v danej krajine alebo regióne. Podľa našich vedomostí, štúdií, ktoré by mapovali zmeny psychického stavu obyvateľstva v čase, so zmenami v pandemickej situácii, zatiaľ nie je mnoho. Subjektívne vnímaný well-being v počiatočných fázach pandémie bol výskumne sledovaný v Nemecku (Zacher & Rudolph, 2020). Zatiaľ čo v marci 2020 bola úroveň well-beingu porovnateľná s obdobím pred pandemiou, medzi marcom a májom 2020 došlo k významnému poklesu životnej spokojnosti a pozitívnych emócií (Zacher & Rudolph, 2020). Prebiehajúca štúdia Opinions and Lifestyle Survey mapujúca dopady pandémie na obyvateľstvo v rôznych častiach Veľkej Británie taktiež poukazuje na zmeny v prežívaní v priebehu času. Od konca leta 2020 sa postupne zvyšoval počet respondentov obávajúcich sa dopadov koronavírusu na život, najvyššiu mieru obáv zaznamenali v októbri 2020 a po zavedení druhej fázy obmedzení (koniec októbra) mala tendencia k obavám klesajúcu krivku. Skóre úzkosti dospelých dosiahlo ku koncu októbra najvyššiu mieru od začiatku apríla a spokojnosť so životom bola v októbri na najnižšej miere od začiatku mapovania v polovici marca 2020 (Office for National Statistics, 2020a; 2020b).

Autori zahraničných štúdií poukazujú na závažné dopady pandémie na mentálne zdravie populácie. Nárast duševnej tiesne a ťažkostí však zdá sa nepostihol všetkých rovnako, identifikované boli rizikové skupiny, medzi nimi aj ženy či rodičia s mladšími deťmi (Pierce et al., 2020). Prežívanie obyvateľov sa môže takisto značne líšiť v čase vzhľadom na meniacu sa pandemickú situáciu a s ňou súvisiace opatrenia. Cieľom predkladaného výskumu preto bolo zmapovať úroveň well-beingu, prežívanie úzkosti, osamelosti a stresu u rodičov na Slovensku počas prvej vlny pandémie koronavírusu (apríl-máj 2020). Zaujímalo nás, aký je podiel rodičov, ktorí dosahujú kritické hodnoty v škálach merajúcich menované indikátory duševného zdravia a či je možné medzi slovenskými rodičmi identifikovať rizikovú skupinu z hľadiska psychologických dopadov pandémie a pomenovať jej prípadné sociodemografické špecifiká. Ďalším cieľom štúdie bolo zistiť zmeny v miere sledovaných premenných pri porovnaní prvej vlny a začínajúcej druhej vlny koronavírusu v októbri 2020.

2 Metóda

2.1 Výskumné nástroje

World Health Organization-Five Well-Being Index (známy pod skratkou WHO-5) je krátky, frekventovane používaný výskumný a klinický nástroj na meranie well-beingu. Ide o 5-položkovú škálu, ktorá pozostáva z pozitívne formulovaných tvrdení a úlohou respondenta je na 6-bodovej škále (od 5 – celý čas po 0 – nikdy) vyjadriť frekvenciu opísaných pocitov v priebehu posledných dvoch týždňov. Získané hrubé skóre sa autormi odporúča násobiť štyrmi, čím sa transformuje

na percentovú škálu nadobúdajúcu hodnoty od 0 (absencia well-beingu) po 100 (maximálna úroveň well-beingu). WHO-5 sa tiež ukázal ako validný nástroj pri skríningu klinickej depresie, pri využití cut-off skóre ≤ 50 (Topp et al., 2015). Vnútna konzistencia nástroja bola zisťovaná aj v predmetnej štúdii s použitím exploračnej faktorovej analýzy (metódou Maximum Likelihood). Bartlettov test sféricity bol významný, $\chi^2(456) = 1403,95$, $p < 0,001$, a Kaiser-Meyer-Olkinova miera primeranosti vzorkovania naznačuje, že sila vzťahov medzi položkami je veľmi dobrá ($K-M-O = 0,86$). Spôľahlivosť, meraná Cronbachovým koeficientom alfa, na dátach v predmetnej štúdii bolo zistené $\alpha = 0,90$.

Sedempoložkovú škálu generalizovanej úzkostnej poruchy (angl. Generalized Anxiety Disorder Scale, skratene GAD-7) vyvinuli Spitzer et al. (2006) s cieľom zachytiť ľudí pravdepodobne trpiacich generalizovanou úzkostnou poruchou. Ide o krátky a jednoduchý nástroj pozostávajúci zo 7 položiek, ktoré predstavujú opis úzkostných symptómov. Respondent svojou voľbou na škále od 0 – ani raz po 3 – skoro každý deň vyjadruje, ako často ho/ju dané problémy trápili v priebehu posledných dvoch týždňov. Autori navrhli cut-off skóre 5, 10 a 15 reprezentujúce miernu, strednú a závažnú úroveň úzkosti (Spitzer et al., 2006). Hoci bola GAD-7 vyvinutá primárne na klinické účely, jej psychometrické vlastnosti boli overené aj na všeobecnej populácii (Löwe, et al., 2008) a je využívaná aj výskumne ako miera úzkosti, napr. aj v súvislosti so zisťovaním dopadov prírodných katastrof (Agyapong et al., 2018) či pandemií (Jeong, et al., 2016). Vnútna konzistencia nástroja bola zisťovaná aj v predmetnej štúdii s použitím exploračnej faktorovej analýzy (metódou Maximum Likelihood). Bartlettov test sféricity bol významný, $\chi^2(456) = 1759,61$, $p < 0,001$, a Kaiser-Meyer-Olkinova miera primeranosti vzorkovania naznačuje, že sila vzťahov medzi položkami je vynikajúca ($K-M-O = 0,91$). Spôľahlivosť, meraná Cronbachovým koeficientom alfa, na dátach v predmetnej štúdii bolo zistené $\alpha = 0,90$.

Šesťpoložkovú škálu osamelosti De Jong Gierveld (angl. The 6-item De Jong Gierveld Loneliness Scale; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999) možno použiť ako jednodimenzionálnu škálu osamelosti a zároveň slúži aj na meranie jej dvoch komponentov, sociálnej osamelosti (indikátor sociálnej izolácie, absencie sociálnej siete) a emocionálnej osamelosti (absencia blízkych, intímnych vzťahov; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999). Obe subškály pozostávajú z troch položiek a ich validita a reliabilita boli overené na dospeljej populácii vo viacerých európskych krajinách (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2010). Mieru súhlasu s položkami škály respondenti vyjadrovali na škále od 1 – rozhodne nesúhlasím po 5 – rozhodne súhlasím. Odpovede respondentov sú pri každej položke transformované na dichotomické skóre, preto celkové skóre pre obe subškály nadobúda hodnoty od 0 po 3, čo predstavuje intenzívnu osame-

losť (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2010). Vnútna konzistencia nástroja bola zisťovaná aj v predmetnej štúdii s použitím exploračnej faktorovej analýzy (metódou Maximum Likelihood). Bartlettov test sfericity bol významný, $\chi^2(456) = 1450,79$, $p < 0,001$, a Kaiser-Meyer-Olkinova miera primeranosti vzorkovania naznačuje, že sila vzťahov medzi položkami je veľmi dobrá ($K-M-O = 0,87$). Spôľahlivosť, meraná Cronbachovým koeficientom alfa, na dátach v predmetnej štúdii bolo zistené pre subškálu emocionálna osamelosť $\alpha = 0,75$, a pre subškálu sociálna osamelosť $\alpha = 0,92$.

Škálu vnímaného stresu (angl. Perceived Stress Scale, skrátene PSS-10; Cohen et al., 1983) tvorí desať položiek, ktoré hodnotia, do akej miery boli životné udalosti vo všeobecnosti v priebehu posledného mesiaca respondentom vnímané ako stresujúce – nepredvídateľné, nekontrolovateľné alebo nezvládnuteľné. Respondenti vyjadrujú na 5-bodovej škále (od 0 – nikdy po 4 – veľmi často) frekvenciu, s akou sa u nich v danom období vyskytovali uvedené myšlienky alebo pocity. V súlade s odporúčaniami domácich autorov (Ráczová et al., 2018) bolo v štúdii použité celkové hrubé skóre reprezentujúce všeobecný faktor vnímaného stresu. Škála vykazuje naprieč štúdiami dobré psychometrické vlastnosti (Lee, 2012). Vnútna konzistencia nástroja bola zisťovaná aj v predmetnej štúdii s použitím exploračnej faktorovej analýzy (metódou Maximum Likelihood). Bartlettov test sfericity bol významný, $\chi^2(456) = 1662,99$, $p < 0,001$, a Kaiser-Meyer-Olkinova miera primeranosti vzorkovania naznačuje, že sila vzťahov medzi položkami je veľmi dobrá ($K-M-O = 0,89$). Spôľahlivosť, meraná Cronbachovým koeficientom alfa, na dátach v predmetnej štúdii bolo zistené $\alpha = 0,86$.

Všetky použité škály boli preložené z anglického originálu do slovenčiny nezávisle dvoma výskumníkmi, autormi príspevku. Po porovnaní dvoch prekladov a následnej diskusii prekladateľov došlo k vytvoreniu jednotnej slovenskej verzie škál. K dispozícii bola tiež maďarská verzia dotazníkovej batérie, ktorej preklad bol zabezpečený externými prekladateľmi zo slovenského jazyka analogickým postupom.

2.2 Priebeh výskumu

Prvá fáza zberu dát prebiehala v období od 14. 4. do 19. 5. 2020, teda v období prvej vlny pandémie koronavírusu na Slovensku, kedy boli prijaté prísne protiepidemické opatrenia vrátane uzatvorenia škôl a školských zariadení, obmedzenia prevádzky obchodov, služieb, športovísk a pod. V čase zberu dát najvyšší kľzavý medián počtu nakazených osôb za týždeň dosiahol hodnotu 65 a počet pozitívne testovaných osôb za deň presahujúci číslo 100 sa vyskytol iba dvakrát, čo sú oproti zahraničiu veľmi nízke čísla (Ministerstvo investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie Slovenskej republiky, 2020).

V prvej fáze bol dotazník šírený online prostredníctvom webových, facebookových stránok a newslettera Výskumného ústavu detskej psychológie a patopsychológie, bol uverejnený vo facebookových skupinách venovaných problematike vzdelávania a tiež zaslaný e-mailom združeniam rodičov detí s rôznymi špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Dotazník bol k dispozícii v dvoch jazykových verziách, slovenskej a maďarskej.

V druhej fáze zberu dát boli mailom oslovení respondenti, ktorí počas prvej fázy prejavili záujem o účasť v ďalšom výskume ($n = 286$). Po dvoch mailových výzvach vyplnilo dotazník v druhej fáze výskumu $n = 125$ respondentov, čo predstavuje mieru odozvy na úrovni 43,7 %. Zber dát prebiehal v období od 1. 10. 2020 do 20. 10. 2020, kedy na území Slovenska stúpala počet osôb novo nakazených koronavírusom a možno hovoriť o tzv. druhej vlne pandémie. V tomto období bol vládou opäť vyhlásený núdzový stav, pričom bolo v platnosti dodržiavanie ROR (rúško, odstup, ruky), zakázali sa hromadné podujatia a opäť sa uzatvorili voľnočasové aj umelecké zariadenia (aquaparky, divadlá, kiná, fitness centrá), prevádzky verejného stravovania bolo možné využívať iba v exteriéri. Prezenčne navštevovali školu deti z materských škôl a 1. stupeň základných škôl, starší študenti mali dištančné vyučovanie (Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, 14. 10. 2020). Počas druhej fázy zberu dát najvyšší kľzavý medián počtu nakazených za obdobie 7 dní bol 1929, čo je výrazný prírastok nakazených denne oproti prvej vlne pandémie koronavírusu na Slovensku (Ministerstvo investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie Slovenskej republiky, 2020).

2.3 Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorilo 457 respondentov, vo veku od 25 do 62 rokov, pričom priemerný vek súboru bol 40,7 rokov ($SD = 5,77$; 20 respondentov vek neuviedlo). Výskumný súbor tvorili prevažne ženy ($n = 424$). Až 68,2 % respondentov malo ukončené vysokoškolské vzdelanie (1., 2. alebo 3. stupňa), 30,4 % stredoškolské vzdelanie, necelé 1 % základnoškolské. Respondenti sú rodičmi jedného až siedmich detí, pričom priemerný vek detí bol 11,14 rokov ($SD = 6,16$). Rodičia detí so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami tvorili 20,8 % výskumnej vzorky ($n = 95$). Respondenti pochádzali zo všetkých krajov Slovenska, pričom najmenej z nich bolo z Prešovského kraja (8,5 %) a Košického kraja (8,3 %), najviac bol vo výskumnej vzorke zastúpený Bratislavský kraj (20,4 %), 0,7 % respondentov bydlisko neuviedlo. Slovenskú verziu dotazníka vyplnilo 80,7 % ($n = 369$) respondentov, zvyšných 19,3 % ($n = 88$) respondentov vyplnilo dotazník v maďarskej jazykovej verzii. Žiadny z respondentov nebol pozitívne testovaný na ochorenie COVID-19, no 14 respondentov

(3,0 %) malo blízkeho či známeho, ktorý bol nakazený koronavírusom.

Dáta z druhej fázy nášho výskumu boli zozbierané z odpovedí 125 respondentov, opäť s veľkou prevahou žien (93,6 %). Priemerný vek tejto vzorky bol 41,44 rokov ($SD = 5,61$; 3 vek neuviedli). Až 78,4 % respondentov malo ukončené vysokoškolské vzdelanie, zvyšní respondenti stredoškolské, 1 respondent ukončené vzdelanie neuviedol. Táto skupina respondentov sú rodičmi 1 až 4 detí (vek $M = 10,25$; $SD = 5,76$), pričom 19,2 % z nich majú špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby. Opäť vo výskumnej vzorke boli zastúpené všetky kraje Slovenska (7,2 %-12,8 %), najviac Bratislavský kraj (30,4 %). Žiadny respondent nebol osobne nakazený koronavírusom, ale 4 respondenti mali niekoho blízkeho, kto bol pozitívne testovaný na ochorenie Covid-19.

2.4 Spracovanie výskumných dát

Dáta boli spracované pomocou programov SPSS ver. 22 for Windows, JASP 0.14 a STATA ver. 13. Pre analýzu dát bolo použitých niekoľko metód a testov deskriptívnej a inferenčnej štatistiky. Konkrétne, pre zisťovanie normality distribúcie dát bol použitý Kolmogorovov-Smirnovov test; pre komparačné analýzy boli použité testy: Chí-kvadrát test χ^2 , ANOVA, párový Studentov t-test a Wilcoxonov test. Párové testy boli doplnené o analýzy veľkosti efektu: Cohenovo d a r_{fb} koeficient. Pre zoskupenie množiny respondentov bola použitá dvojstupňová klastrová analýza (TSCA) s použitím metódy Euclidean. Počet výsledných klastrov bol zvolený na základe Schwarz-Bayesian informačných kritérií a posúdenia kvality modelu podľa výsledkov metódy Silhouette. V celej štúdii sú analyzované dáta zo slovenskej a maďarskej verzie dotazníka spolu, nakoľko medzi skupinami respondentov odpovedajúcich v slovenskom a maďarskom jazyku nebol zistený významný rozdiel v skúmaných premenných well-being, úzkosť, stres, emocionálna a sociálna osamelosť ($p < 0,05$).

3 Výsledky

V Tab. 1 sú uvedené výsledky deskriptívnej štatistickej analýzy jednotlivých výskumných premenných. Priemerné hrubé skóre premennej well-being bolo v na-

šej výskumnej vzorke namerané $M = 57,74$, pričom 34,57 % respondentov dosiahlo skóre nižšie ako 50, čo je cut-off skóre odporúčané pre skríning depresie (Topp et al., 2015). Skóre zodpovedajúce prísnejšiemu kritériu ≤ 28 (Topp et al., 2015) dosiahlo 9,41 % respondentov. V dotazníku GAD-7 dosiahli respondenti priemerné skóre $M = 6,29$, ktoré podľa autorov výskumného nástroja možno interpretovať ako stredná úzkosť (pozn. pásmo od 6 do 10 bodov; Spitzer et al., 2006) a 22,11 % respondentov dosiahlo skóre ≥ 10 , teda skóre akceptované ako cut-off pre identifikáciu výskytu úzkostných symptómov (Spitzer et al., 2006). Prísnejšie kritérium ≥ 15 pre závažnú úzkosť naplnilo 7,2 % respondentov. Priemerné namerané skóre emocionálnej osamelosti bolo $M = 1,11$, a sociálnej osamelosti $M = 1,28$. Najvyššie skóre 3, ktoré podľa autorov škály možno označiť ako intenzívne pocity osamelosti (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2010), dosiahlo 11,16 % respondentov v prípade emocionálnej osamelosti a 30,85 % respondentov v prípade sociálnej osamelosti. V premennej stres bolo namerané priemerné skóre $M = 16,53$, ktoré je možné interpretovať ako stredný stres (pozn. pásmo od 14 až 26 bodov; Cohen & Williamson, 1988). Skóre ≥ 27 , ktoré podľa odporúčaní zodpovedá vysokému stresu (Cohen & Williamson, 1988; Torales et al., 2020), dosiahlo 7,66 % respondentov.

3.1 Dvojstupňová klastrová analýza

Pre účely exploračnej analýzy podskupín bola zvolená dvojstupňová klastrová analýza. Vzhľadom na to, že väčšina premenných nesplnila kritériá normálnej distribúcie dát na základe výsledkov Kolmogorovovho-Smirnovovho testu, pri dvojstupňovej klastrovej analýze bola použitá metóda Euclidean pre meranie vzdialenosti (Euclidean distance measure). Výsledný počet klastrov v modeli bol zvolený na základe hodnôt BIC (Schwarz-Bayesian information criteria; Schwarz, 1978), pri ktorom boli posudzované hodnoty BIC, BIC Change a Ratio of BIC Change, kým kvalita modelu bola zisťovaná pomocou metódy Silhouette (Silhouette measure of cohesion and separation). Ako výsledný model bol zvolený štvor-klastrový model, vzhľadom na to, že dosiahol najnižšiu hodnotu BIC = 1696,93, a najvyššie hodnoty BIC Change = -395,41, a Ratio of

Tab. 1 Opisná štatistika výskumných premenných

Premenné	N	MIN	MAX	M	SD	SEM
Well-being WHO-5	457	0	100	57,74	19,180	0,897
Úzkosť GAD-7	457	0	21	6,29	4,613	0,216
Emocionálna osamelosť	457	1	3	1,11	0,943	0,044
Sociálna osamelosť	457	1	3	1,28	1,326	0,061
Stres PSS-10	457	0	37	16,53	6,755	0,316

Pozn.: N – počet, MIN – minimum, MAX – maximum, M – priemer, SD – štandardná odchýlka, SEM – štandardná chyba priemeru

Graf 1: Priemerné hodnoty Z skóre posudzovaných premenných diferencovaných podľa extrahovaných podskupín na základe dvojstupňovej klaster analýzy

BIC Change = 176,18 naprieč všetkými extrahovanými modelmi ($N = 15$). Kvalita modelu bola prijateľná, $si = 0,50$ (Rousseeuw, 1987). Ani jedna z premenných nebola z modelu vylúčená, vzhľadom na to, že všetky premenné vykazovali primerané alebo silné prediktívne hodnoty: Úzkosť (1,00), Stres (0,79), Well-being (0,73), Sociálna osamelosť (0,56) a Emocionálna osamelosť (0,44).

Extrahované klastre boli následne komparované v jednotlivých výskumných premenných pomocou analýzy rozptylu (ANOVA). Na základe výsledkov analýzy rozptylu bolo zistené, že existuje štatisticky významný rozdiel vo všetkých premenných, na hladine významnosti $p < 0,001$. Jednotlivé klastre sú pomenované na základe miery úzkosti, vzhľadom na to, že táto premenná mala najsilnejšiu prediktívnu hodnotu (Graf 1):

Klaster 1: Mierna úzkosť. Počet respondentov zaradených do tejto skupiny je $n = 104$, čo tvorí 22,75 % respondentov z celej výskumnej vzorky. Respondentom v tejto podskupine bola nameraná mierna úzkosť ($M = 6,78$). U respondentov zaradených do prvého klastru bola ďalej zistená nadpriemerná emocionálna osamelosť ($M = 2,46$), závažná sociálna osamelosť ($M = 2,83$) a nadpriemerný stres ($M = 19,95$). Well-being týchto respondentov dosahoval 48,65.

Klaster 2: Nadpriemerná úzkosť. Počet respondentov zaradených do tejto podskupiny bol $n = 81$, čo tvorí 17,72 % respondentov z celej výskumnej vzorky. Respondentom zaradeným do tejto podskupiny bola nameraná nadpriemerná úzkosť ($M = 9,00$). V danej skupine respondentov bola ďalej zistená mierna emocionálna osamelosť ($M = 1,11$) a vysoká miera stresu ($M = 20,80$). V tejto skupine nebola zistená prítomnosť sociálnej osamelosti, na základe priemerného skóre u respondentov ($M = 0,58$). Well-being týchto respondentov dosahoval 46,07.

Klaster 3: Závažná úzkosť. Spolu $n = 46$ (10,06 %) respondentov bolo zaradených do podskupiny respondentov, ktorým bola v priemere nameraná závažná miera úzkosti ($M = 15,48$). U respondentov zaradených do tretieho klastru bola zistená závažná emocionálna osamelosť ($M = 2,46$) a závažná sociálna osamelosť ($M = 2,07$). Taktiež bola nameraná aj vysoká miera stresu ($M = 25,89$). Well-being týchto respondentov dosahoval iba 31,04.

Klaster 4: Bez príznakov úzkosti. Spolu $n = 226$ (46,45 %) respondentov bolo zaradených do podskupiny, ktorá nevykazuje známky úzkosti ($M = 3,22$). U respondentov zaradených do štvrtého klastru nebola zistená prítomnosť stresu ($M = 6,12$), emocionálnej ($M = 0,64$),

Tab. 2: Sociodemografické charakteristiky jednotlivcov podľa extrahovaných klastrov

<i>n</i>		Klaster 1	Klaster 2	Klaster 3	Klaster 4	<i>p</i>
		104	81	46	226	
Vzdelanie (%)	Základníškolské a stredoškolské	35	20	20	68	0,153
		34,0 %	24,7 %	43,5 %	30,2 %	
	Vysokoškolské	68	61	26	157	
		66,0 %	75,3 %	56,5 %	69,8 %	
Dieťa/ti so špeciálnymi potrebami (%)	Nie	80	60	35	187	0,306
		76,9 %	74,1 %	76,1 %	82,7 %	
	Áno	24	21	11	39	
		23,1 %	25,9 %	23,9 %	17,3 %	
Typ rodiny (%)	Dvaja rodičia v domácnosti	79	62	31	164	0,196
		76,0 %	77,5 %	67,4 %	72,9 %	
	Jeden rodič v domácnosti	14	5	11	32	
		13,5 %	6,3 %	23,9 %	14,2 %	
Forma vykonávania práce počas koronavírus pandémie (%)	Viacgeneračná rodina	11	13	4	29	0,613
		10,6 %	16,3 %	8,7 %	12,9 %	
	Dochádzam do práce	25	16	11	44	
		25,3 %	20,0 %	24,4 %	19,9 %	
	Nezamestnaný/á	26	20	13	47	0,613
		26,3 %	25,0 %	28,9 %	21,3 %	
	Home Office	48	44	21	130	
		48,5 %	55,0 %	46,7 %	58,8 %	

Tab. 3: Porovnanie skóre v škále PSS-10 v prvej a druhej fáze výskumu

		M	SD	SEM	df	t	p	Cohenovo d	95 % CI pre Cohenovo d
Stres PSS-10	1. fáza	16,86	7,204	0,644	124	-0,622	0,535	-0,056	-0,231; 0,120
	2. fáza	17,22	6,065	0,542					

Pozn.: M – priemer, SD – štandardná odchýlka, SEM – štandardná chyba priemeru, df – stupne voľnosti, t – testová štatistika pre párový t-test, p – hladina štatistickej významnosti, CI – konfidenčný interval

Tab. 4: Porovnanie skóre v škálach WHO-5, GAD-7, Emocionálnej a Sociálnej osamelosti v prvej a druhej fáze výskumu

		M	Md	IQR	W	Z	p	<i>r_{tb}</i>
Well-being WHO-5	1. fáza	57,12	56	28	4439,0	-3,711	< 0,001	0,403
	2. fáza	50,37	56	36				
Úzkosť GAD-7	1. fáza	6,46	6	7	4372,5	-3,732	< 0,001	0,407
	2. fáza	5,14	4	6				
Emocionálna osamelosť	1. fáza	1,08	1	2	1579,0	-2,060	0,039	0,271
	2. fáza	0,85	1	1,5				
Sociálna osamelosť	1. fáza	1,24	1	3	742,5	1,313	0,189	-0,189
	2. fáza	1,38	1	3				

Pozn.: M – priemer, Md – medián, IQR – interkvartilové rozpätie, W – testová štatistika pre Wilcoxonov test, Z – štandardizovaná testová štatistika, p – hladina štatistickej významnosti, *r_{tb}* – veľkosť efektu (rank biserial correlation) podskupín

či sociálnej osamelosti ($M = 0,66$). Well-being týchto respondentov dosahoval 71,53.

Po extrahovaní klastrov sme sa zamerali na zistenie sociodemografických charakteristík jednotlivých skupín. Premenné, ktoré boli analyzované sú: vek, vzdelanie, prítomnosť dieťaťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v rodine, typ rodiny a forma vykonávania práce počas pandémie koronavírusu. Vek respondentov (z hľadiska priemeru, modusu a mediánu) bol vo všetkých skupinách podobný (približne okolo štyridsať rokov; $SD = 0,74$) a nebol zistený štatisticky významný rozdiel, $\chi^2 (3, N = 438) = 4,700$; $p = 0,195$. Dosiahnuté vzdelanie respondentov v rámci jednotlivých klastrov bolo pomerne rovnomerne distribuované, $\chi^2 (3, N = 455) = 5,268$, $p = 0,153$. Medzi jednotlivými klastrami ďalej neboli zistené rozdiely ani v prítomnosti dieťaťa/detí so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v rodine, $\chi^2 (3, N = 455) = 3,614$, $p = 0,306$, rozdiely z hľadiska typu rodiny, $\chi^2 (6, N = 455) = 9,086$; $p = 0,196$ a ani z hľadiska formy vykonávania práce počas pandémie $\chi^2 (6, N = 445) = 4,474$, $p = 0,613$. Súhrnná opisná štatistika je uvedená v tabuľke 2.

3.2 Komparácia výskumných premenných počas prvej a druhej vlny pandémie

Ďalším cieľom predmetnej štúdie bolo analyzovať rozdiel v miere skúmaných premenných vzhľadom na prvú a druhú vlnu pandémie koronavírusu (14. 4. – 19. 5. 2020; 1. 10. – 20. 10. 2020). Získané dáta boli otestované z hľadiska normality ich rozloženia pomocou Kolmogorovovho-Smirnovovho testu. Z jeho výsledkov vyplýva normálne rozloženie dát pre obe merania iba pre škálu PSS-10, ktorej výsledky boli ďalej analyzované pomocou t-testu pre závislé výbery. Jeho výsledky sú uvedené v tabuľke 3.

V prípade ostatných premenných bol použitý Wilcoxonov test, výsledky ktorého uvádzame v tabuľke 4. Štatisticky významný rozdiel pri porovnaní dvoch výskumných fáz bol zaznamenaný v prípade premenných well-being, úzkosť a emocionálna osamelosť, pričom počas druhej vlny pandémie došlo k ich zníženiu. V miere premenných sociálna osamelosť a stres nebol zistený štatisticky významný rozdiel medzi dvoma výskumnými fázami.

Diskusia

V predkladanom výskume sme sa zamerali na zmapovanie miery premenných súvisiacich s mentálnym zdravím slovenských rodičov, menovite well-beingu, prežívanej úzkosti, osamelosti a stresu počas prvej vlny pandémie koronavírusu, ktorej súčasťou bolo vnímané ohrozenie z ochorenia Covid-19 a tiež prísne reštriktívne opatrenia, obmedzenie služieb, dodržiavanie so-

ciálneho odstupu a uzatvorenie vzdelávacích inštitúcií aj voľnočasových centier. Zaujímala nás tiež zmena miery sledovaných premenných v začiatkoch druhej vlny pandémie koronavírusu v októbri 2020, kedy sa kvôli rastúcemu počtu nakazených ochorením Covid-19, začali opäť zavádzať rôzne reštriktívne opatrenia. Tieto a mnohé ďalšie situačné faktory/stresory mali tendenciu negatívne vplývať na duševný stav a blaho populácie (Horeš et al., 2020; Maugeri et al., 2020).

Well-being dosiahol v našej vzorke priemernú hodnotu 57,7 ($\pm 19,18$), čo je hodnota o málo nižšia ako slovenská populačná norma 59,4 podľa Európskeho prieskumu kvality života z roku 2012 (Topp et al., 2015). Eurofound namerá v online prieskume v apríli 2020 na vzorke 1480 dospelých Slovákov (Sandor & Ahrendt, 2020) použitím rovnakého nástroja well-being približ. na úrovni 50, pričom celoeurópsky priemer bol 49 (Eurofound, 2020). V našej výskumnej vzorke tak možno hovoriť o priemernej miere well-beingu počas prvej fázy výskumu približujúcej sa norme. Pre porovnanie vo Veľkej Británii, v krajine s ťažším priebehom prvej vlny pandémie koronavírusu, ktorá mala v roku 2012 populačnú normu WHO-5 na úrovni slovenskej (Sandor & Ahrendt, 2020), bola v apríli 2020 nameraná priemerná hodnota well-beingu 41,7 (White & Van Der Boor, 2020). Negatívny dopad pandémie Covid-19 na well-being obyvateľov bol zaznamenaný tiež v Nemecku (Zacher & Rudolph, 2020). Pri porovnaní prežívania respondentov počas prvej a druhej fázy výskumu sme zistili významné zníženie pociťovaného well-beingu. V súlade s výsledkami zahraničných štúdií, kde well-being rástol či klesal so zlepšením alebo zhoršením pandemickej situácie v krajine (Kimhi et al., 2020; Sønderkov et al., 2020) možno uvažovať o poklese well-beingu respondentov v období druhej fázy výskumu z dôvodu stúpajúceho počtu pozitívne testovaných osôb na koronavírus na Slovensku.

V dotazníku GAD-7 dosiahli respondenti v prvej fáze výskumu priemerné skóre, ktoré podľa autorov škály zodpovedá miernej úzkosti (Spitzer et al., 2006). Zároveň bolo namerané skóre porovnateľné s priemerom zisteným na vzorke slovenských študentov v období pred pandemiou koronavírusu (Hajduk et al., 2019). O výskyte úzkostných symptómov v prvej fáze výskumu možno hovoriť u 22,11 % respondentov. Podobnú prevalenciu úzkosti 22,6 % pri použití rovnakého kritéria zaznamenali Gao et al. (2020) na vzorke dospelých respondentov v Číne na začiatku pandémie na prelome januára a februára 2020. Metaanalýza štúdií uskutočnených počas pandémie koronavírusu hovorí o prevalencii úzkosti vo všeobecnej populácii na úrovni 31,9 %, pričom vyššia bola v ázijských krajinách ako v európskych, kde dosahovala hodnotu 23,8 % (Salari et al., 2020). V Austrálii bola na prelome marca a apríla závažná úroveň úzkosti zistená u približ. pätiny dospelých respondentov (Newby et al., 2020). V porovnaní s prvou

fázou výskumu sme v októbri zaznamenali významné zníženie pociťovanej úzkosti. Podobne štúdia z Veľkej Británie, ktorá sledovala respondentov od marca 2020 po dobu niekoľkých týždňov, kedy v krajine platili nariadenia obmedzujúce pohyb osôb, zistila zníženie miery úzkosti v čase (O'Connor et al., 2020). Možno predpokladať, že v počiatočnej fáze pandémie, v období, keď celý svet čelil novej situácii a nedostatku informácií o vlastnostiach nového koronavírusu, bola vnímaná nepredvídateľnosť a nekontrolovateľnosť situácie väčšia a s postupným nárastom poznatkov a adaptáciou respondentov na pandemickú situáciu a s ňou súvisiace opatrenia v čase, došlo k zmierneniu prežíanej úzkosti. Postupné osvojenie si odporúčaných zmien v správaní mohlo takisto súvisieť so zníženými pocitmi úzkosti, nakoľko výskumné zistenia ukazujú, že s prísnejším dodržiavaním protiepidemických opatrení klesá pociťovaná úkosť z koronavírusu (Milman et al., 2020).

Psychické dopady pandémie sme mapovali aj pomocou škály PSS-10, v ktorej respondenti dosiahli priemerné skóre ($16,53 \pm 6,76$) zodpovedajúce strednému pásu subjektívne vnímaného stresu. Podobné výsledky pri použití tejto škály počas prvej vlny pandémie koronavírusu reportujú aj výskumníci v Kolumbii (Pedrozo-Pupo et al., 2020) či v Paraguaji (Torales et al., 2020), avšak napr. Adamson et al. (2020) uvádzajú priemerný stres zisťovaný vo viacerých krajinách sveta, no s najväčším zastúpením amerických respondentov, v porovnateľnom období až na úrovni 19,08. Závažný stres pritom v našej vzorke pociťovalo 7,66 % respondentov. Metaanalýzy zahraničných štúdií uskutočnených v prvej polovici roka 2020 uvádzajú prevalenciu stresu na úrovni 25–30 % (Cooke et al., 2020; Salari et al., 2020), zahrnuté práce však vychádzali z použitia iných výskumných nástrojov. V Austrálii pociťovalo zvýšený stres v období vrcholicej prvej vlny pandémie až 64 % respondentov (Newby et al., 2020). Nakoľko mnohé krajiny čelia hrozbe a opatreniam takýchto rozmerov prvýkrát, zvýšená miera distresu je prirodzenou reakciou na krízové udalosti, neočakávané situácie a situácie vnímaného ohrozenia (Updegraff & Taylor, 2000). Pri porovnaní miery stresu v prvej a druhej fáze výskumu neboli zistené významné rozdiely.

V predkladanom výskume sme považovali za dôležité zmapovať aj úroveň prežíanej sociálnej a emocionálnej osamelosti, nakoľko osamelosť je významným rizikovým faktorom pre psychické i fyzické zdravie človeka (Bu et al., 2020), vrátane funkcie imunitného systému (Jaremka et al., 2013). Až 30,9 % respondentov z našej výskumnej vzorky prežívalo v prvej fáze výskumu intenzívne pocity sociálnej osamelosti, zatiaľ čo pocity intenzívnej emocionálnej osamelosti uvádzalo 11,2 % respondentov. O vyššej prevalencii sociálnej osamelosti možno uvažovať ako o indikátore pocitov sociálnej izolácie v dôsledku obmedzovania fyzického sociálneho kontaktu počas pandémie. Zahraničné štú-

die za využitia iných výskumných nástrojov reportujú rôzne úrovne prevalence osamelosti počas prvej vlny pandémie koronavírusu. Vo Veľkej Británii sa zistenia pohybovali v rozpätí 14–36 % (Groarke et al., 2020), v americkej štúdii dosiahlo hraničné hodnoty sociálnej osamelosti 43 % respondentov (Killgore et al., 2020). Groarke et al. (2020) poukazujú na skutočnosť, že prevalencia osamelosti sa aj v nepandemických časoch pohybuje v širokom rozpätí od 6 do 76 %; s rozdielmi medzi demografickými skupinami a krajinami, v súčasnej pandemickej situácii však predpokladajú celosvetovo jej nárast. Dostupné štúdie z Veľkej Británie či USA však naznačujú, že priemerná miera celkovej osamelosti bola počas pandémie koronavírusu v priebehu niekoľkých týždňov stabilná (Bu et al., 2020; O'Connor et al., 2020; Luchetti et al., 2020). Podobne v našom výskume sme pri porovnaní prvej a druhej fázy výskumu nezaznamenali významnú zmenu v miere sociálnej osamelosti. Pozitívnym zistením však je, že v druhej fáze výskumu u respondentov klesli pocity emocionálnej osamelosti. Aj napriek znovuzavedeniu niektorých opatrení tak respondenti dokázali na začiatku druhej vlny pandémie lepšie saturovať emocionálne potreby vo svojich blízkych vzťahoch.

Z výsledkov vyplýva, že oproti zahraničiu sa priemerné hodnoty sledovaných psychologických premenných pohybovali prevažne v strednom pásme, čo značí menej intenzívne negatívne prežívanie našich respondentov počas prvej vlny pandémie koronavírusu, čo môže súvisieť s dobrou pandemickou situáciou v čase zberu dát a teda aj so skutočnosťou, že žiaden z respondentov nebol infikovaný novým koronavírusom a iba malé percento malo pozitívne testovanú osobu medzi známymi. Je dôležité však poukázať na relatívne vysoký podiel respondentov, ktorí dosahovali hraničné hodnoty well-beingu s rizikom vzniku depresie (34,57 %), úzkosti (22,11 %) či pociťovali intenzívnu sociálnu osamelosť (30,85 %) a vysoký stres (7,66 %). S cieľom ďalej explorať podiel osôb s vysokým rizikom negatívnych dopadov pandémie na duševné zdravie bola uskutočnená dvojstupňová klastrová analýza, na základe ktorej boli extrahované štyri klastre respondentov s odlišným profilom sledovaných premenných. Vyše 46 % respondentov v našej výskumnej vzorke prežívalo prvú vlnu pandémie koronavírusu veľmi dobre, s vysokou úrovňou well-beingu a bez zvýšených pocitov úzkosti, stresu a emocionálnej a sociálnej osamelosti. Takmer 23 % respondentov prežívalo prvú vlnu pandémie so zvýšenou úrovňou stresu, zníženým well-beingom a výraznými pocitmi sociálnej aj emocionálnej osamelosti, čo možno pripísať opatreniam obmedzujúcim interpersonálne kontakty. Tretí klastor tvorilo takmer 18 % respondentov, u ktorých sme nezaznamenali výraznejšie prežívanie osamelosti, no vyznačovali sa zvýšeným stresom, úzkosťou a zníženým celkovým well-beingom. Za rizikovú skupinu z hľadiska negatívnych dopadov

pandémie na psychické zdravie možno označiť skupinu 10 % respondentov v našej výskumnej vzorke, u ktorých možno, na základe prijímaných cut-off kritérií, hovoriť o výskyte úzkostných a depresívnych symptómov, zvýšenom strese a závažných pocitoch osamelosti. Pri zohľadnení distribúcie vzhľadom na sledované socio-demografické premenné (vek, vzdelanie, typ rodiny, prítomnosť dieťaťa so ŠVVP, forma vykonávania práce) neboli medzi klastrami zistené významné rozdiely. Na základe našich dát sa teda riziková skupina respondentov nevyznačovala špecifickým sociodemografickým profilom.

Interpretácia výsledkov predloženého výskumu je limitovaná samovýberom výskumného súboru, ktorý nezabezpečuje jeho reprezentatívnosť, čo sa prejavilo najmä vysokým zastúpením žien a vysokoškolsky vzdelaných respondentov. Je potrebné brať do úvahy, že ženské pohlavie bolo opakovane identifikované ako prediktívny faktor pre výskyt negatívnych psychologických dopadov pandémie koronavírusu (Xiong et al., 2020), v prípade vzdelania sú doterajšie zistenia menej jednoznačné (Xiong et al., 2020, Wanberg et al., 2020). Zároveň nebol zisťovaný predchádzajúci výskyt psychických ťažkostí alebo zdravotných problémov u respondentov, ktorý môže mať významný vplyv na prežívanie počas pandémie koronavírusu (Wang et al., 2020a; Xiong et al., 2020). Online zber dát tiež predstavuje skreslenie zloženia výberového súboru v neprospech rodín s nedostatočným alebo chýbajúcim internetovým pripojením a pri neprítomnosti administrátora prináša potenciálne väčšie riziko skreslenia v sebakýpovediach respondentov. Pri porovnávaní výsledkov prvej a druhej fázy výskumu je tiež potrebné brať do úvahy úbytok časti výskumnej vzorky, pričom autorom nie je známy dôvod neúčasti týchto respondentov v druhej fáze výskumu a teda nie je možné vylúčiť systematické skreslenie, napr. v zmysle neúčasti respondentov s výrazným zhoršením prežívania a pod. Napriek istej miere opatrnosti pri interpretácii predložených výsledkov považujeme ich prínos za nesmierne dôležitý, nakoľko prinášajú vhlad do problematiky prežívania slovenských rodičov v psychologicky náročnej situácii pandémie, ktorá nemá v modernej histórii obdobu. Vzhľadom na neustále sa zhoršujúcu epidemickú situáciu a pretrvávajúce prísne opatrenia je potrebné naďalej venovať výskumnú pozornosť ich psychologickým dopadom na rodiny na Slovensku.

Záver

Pandémia koronavírusu, jej nekontrolovateľnosť a spojenie s rôznymi obmedzeniami nás postavila pred neočakávané výzvy a zmeny. V mnohých krajinách bolo zaznamenané zhoršenie mentálneho zdravia obyvateľstva, nárast miery úzkosti, stresu a ďalších psychických problémov, ako aj existenčných ťažkostí. Predkladaný

výskum mapuje dopad pandémie koronavírusu na slovenských rodičov v dvoch obdobiach – počas prvej vlny pandémie (apríl až máj 2020), kedy boli na Slovensku zavedené prísne reštriktívne opatrenia a počas začínajúcej druhej vlny pandémie, v októbri toho istého roku, kedy počet pozitívne testovaných na ochorenie Covid-19 začal nezastaviteľne rásť. Slovenskí rodičia prežívali prvú vlnu pandémie koronavírusu, v porovnaní s krajinami s horším priebehom pandémie v danom období, s menej závažnými negatívnymi dopadmi na psychické zdravie. Zistená bola mierne znížená úroveň well-beingu a stredná úroveň stresu, úzkosti a osamelosti. Výraznejší negatívny dopad na well-being sa ukázal u takmer 35 % respondentov, u vyše 22 % je možný výskyt úzkostných syndrémov a takmer 8 % respondentov sa nachádzalo v hodnotách vysokého stresu. Taktiež 11,16 % respondentov pociťovalo intenzívnu emocionálnu osamelosť a vyše 30 % intenzívnu sociálnu osamelosť. Dvojstupňová klastrová analýza extrahovala 4 klastre s odlišným profilom sledovaných premenných, pričom 10 % respondentov z výskumnej vzorky môžeme identifikovať ako rizikových z hľadiska závažných negatívnych dopadov pandémie na psychické zdravie. Na začiatku druhej vlny pandémie sme zaznamenali zníženie úrovne well-beingu, napriek tomu, že respondenti pociťovali v menšej miere úzkosť a emocionálnu osamelosť v porovnaní s prvou vlnou. Nepriaznivý dopad ohrozenia koronavírusom, reštriktívnych obmedzení a dlhodobejšie pôsobiacej záťažovej situácie, akej momentálne ľudstvo celosvetovo čelí, nemožno zľahčovať a sú potrebné ďalšie štúdie, ktorých dáta by boli prospešné pri budovaní služieb a opatrení, ktoré by predchádzali negatívnym dopadom na duševný stav jednotlivca a rodiny, aj počas iných mimoriadnych udalostí.

Afiliácia k projektu

Výskum bol realizovaný v rámci národného projektu VÚDPaP Aktualizácia systému usmerňovania a rozvoja ďalších zložiek v systéme poradenstva a prevencie. Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu a Európskeho regionálneho rozvoja v rámci Operačného programu Ľudské zdroje. V rámci tejto štúdie nie je predpokladaný konflikt záujmov.

Literatúra

- Adamson, M.M., Phillips, A., Seenivasan, S., Martinez, J., Grewal, H., Kang, X., Coetzee, J., Luttenbacher, I., Jester, A., Harris, O.A., Spiegel, D. (2020). International Prevalence and Correlates of Psychological Stress during the Global COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(24): 9248. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249248>
- Agyapong, V., Hrabok, M., Juhas, M., Omeje, J., Deng, E., Nwaka, B., Akinjise, I., Corbett, S. E., Moosavi, S., Brown, M., Chue, P., Greenshaw, A. J., & Li, X. M. (2018). Prevalence Rates

- and Predictors of Generalized Anxiety Disorder Symptoms in Residents of Fort McMurray Six Months After a Wildfire. *Frontiers in psychiatry*, 9, 345. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00345>
- Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet*, 365(10228). Dostupné z [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30567-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30567-5/fulltext)
- Blustein, L. D., Duffy, R., Ferreira, J. A., Cohen-Scali, V., Cinamon, R. G., & Allan, B. A. (2020). Unemployment in the time of COVID-19: A research agenda. *Journal of Vocational Behavior*, 119(103436). <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103436>
- Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Loneliness during lockdown: trajectories and predictors during the COVID-19 pandemic in 35,712 adults in the UK. *BMJ Yale*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.29.20116657>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the U.S. In Spacapan, S., & Oskamp, S. (Eds.) (1988). *The social psychology of health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology*. Newbury Park, CA: Sage. 256 p. ISBN-13: 978-0803931633
- Cooke, J. E., Eirich, R., Racine, N., & Madigan, S. (2020). Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 292(113347). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113347>
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European journal of ageing*, 7(2), 121–130. <https://doi.org/10.1007/s10433-010-0144-6>
- Eurofound. (2020). *Living, working and COVID-19, Covid-19 series*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dostupné z <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2020/living-working-and-covid-19>
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H., & Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PloS one*, 15(4), e0231924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
- Groarke, J. M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKenna-Plumley, P. E., McGlinchey, E., & Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *Plos One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239698>
- Hajduk, M., Heretik, A. Jr., Vaseckova, B., Forgacova, L., & Pecenek, J. (2019). Prevalence and correlations of depression and anxiety among Slovak college students. *Bratislavské lekárske listy*, 120(9), 695–698. https://doi.org/10.4149/BLL_2019_117
- Horesh, D., Kapel Lev-Ari, R., & Hasson-Ohayon, I. (2020). Risk factors for psychological distress during the COVID-19 pandemic in Israel: Loneliness, age, gender, and health status play an important role. *British journal of health psychology*, 25(4), 925–933. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12455>
- Jaremka, L. M., Fagundes, C. P., Glaser, R., Bennett, J. M., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Loneliness predicts pain, depression, and fatigue: understanding the role of immune dysregulation. *Psychoneuroendocrinology*, 38(8), 1310–1317. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.11.016>
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and health*, 38, e2016048. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>
- Killgore, W. D., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., & Dailey, N. S. (2020). Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19. *Psychiatry Research*, 290 (August 2020), 113117. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113117>
- Kimhi, S., Eshel, Y., Marciano, H., & Adini, B. (2020). Renewed Outbreak of the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Study of Distress, Resilience, and Subjective Well-Being. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 7743. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217743>
- Lee, E. H. (2012). Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian nursing research*, 6(4), 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.08.004>
- LeRoy, A. S., Murdock, K. W., Jaremka, L. M., Loya, A., & Fagundes, C. P. (2017). Loneliness predicts self-reported cold symptoms after a viral challenge. *Health Psychology*, 36(5), 512–520. <https://doi.org/10.1037/hea0000467>
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical care*, 46(3), 266–274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31816d0093>
- Luchetti, M., Lee, J. H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J. E., Terracciano, A., & Sutn, A. R. (2020). The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *The American psychologist*, 75(7), 897–908. <https://doi.org/10.1037/amp0000690>
- Mak, I. W., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General hospital psychiatry*, 31(4), 318–326. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001>
- Maugeri, G., Castrogiovanni, P., Battaglia, G., Pippi, R., D'Agata, V., Palma, A., ... & Musumeci, G. (2020). The impact of physical activity on psychological health during Covid-19 pandemic in Italy. *Heliyon*, 6(6). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04315>
- Milman, E., Lee, S. A., & Neimeyer, R. A. (2020). Social isolation as a means of reducing dysfunctional coronavirus anxiety and increasing psychoneuroimmunity. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 138–139. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.007>
- Ministerstvo investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie Slovenskej republiky. (16. 11 2020). *Koronavírus na Slovensku v číslach*. Dostupné z <https://korona.gov.sk/koronavirus-na-slovensku-v-cislach/>
- Newby, J. M., O'Moore, K., Tang, S., Christensen, H., & Faasse, K. (2020). Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia. *PLoS ONE*, 15(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236562>
- O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A. J., Niedzwiedz, C. L., ... & Robb, K. A. (2020). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental

- Health & Wellbeing study. *Cambridge University Press*.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2020.212>
- OECD (2020). OECD Economic Outlook, Volume 2020 Issue 2: Preliminary version, OECD Publishing, Paris.
<https://doi.org/10.1787/39a88ab1-en>.
- Office for National Statistics. (2020a). *Coronavirus and the social impacts on Great Britain: 23 October 2020*. Dostupné z <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandwellbeing/bulletins/coronavirusandthesocialimpactsongreatbritain/23october2020>
- Office for National Statistics. (2020b). *Coronavirus and the social impacts on Great Britain: 16 April 2020*. Dostupné z <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandwellbeing/bulletins/coronavirusandthesocialimpactsongreatbritain/16april2020>
- Patrick, S. W., Henkhaus, L. E., Zickafoose, J. S., Lovell, K., Halvorson, A., Loch, S., Letterie, M., & Davis, M. M. (2020). Well-being of Parents and Children During the COVID-19 Pandemic: A National Survey. *Pediatrics*, 146(4), e2020016824. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-016824>
- Pedrozo-Pupo, J. C., Pedrozo-Cortés, M. J., & Campo-Arias, A. (2020). Perceived stress associated with COVID-19 epidemic in Colombia: an online survey. *Cadernos de saude publica*, 36(5), e00090520. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00090520>
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., ... Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry*, 2020, 7: 883–92. Dostupné z <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2820%2930308-4>
- Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and Resilience in Family Well-Being During the COVID-19 Pandemic. *American Psychologist*, 75(5). <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000660>
- Ráčzová, B., Hricová, M., & Lovašová, S. (2018). Overenie psychometrických vlastností slovenskej verzie dotazníka PSS-10 (Perceived Stress Scale) na súbore pomáhajúcich profesionálov. *Československá psychologie*, 62(6), 552–564.
- Restubog, S. D., Ocampo, A. G., & Wang, L. (2020). Taking control amidst the chaos: Emotion regulation during the COVID-19 pandemic. *Journal of Vocational Behavior*, 119(103440). <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103440>
- Rousseeuw, P. J. (1987). Silhouettes: a Graphical Aid to the Interpretation and Validation of Cluster Analysis. *Computational and Applied Mathematics*, 20, 53–65. doi:10.1016/0377-0427(87)90125-7
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., ... Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16:57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Sandor, E., & Ahrendt, D. (2020). *Living, working and COVID-19: Methodological Annex to Round 2*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound). Dostupné z <https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/wpef20023.pdf>
- Schwarz, G. E. (1978) Estimating the dimension of a model. *Annals of Statistics*, 6(2), 461–464, doi:10.1214/aos/1176344136
- Sønderskov, K. M., Dinesen, P. T., Santini, Z. I., & Østergaard, S. D. (2020). Increased psychological well-being after the apex of the COVID-19 pandemic. *Acta neuropsychiatrica*, 32(5), 277–279. <https://doi.org/10.1017/neu.2020.26>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Statistics Canada. (2020). *Canadian Perspectives Survey Series 1: Impacts of COVID-19*. Dostupné z <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/200408/dq200408c-eng.pdf?st=QdNFbXIA>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Torales, J., Ríos-González, C., Barrios, I., O'Higgins, M., González, I., García, O., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). Self-Perceived Stress During the Quarantine of COVID-19 Pandemic in Paraguay: An Exploratory Survey. *Frontiers in psychiatry*, 11, 558691. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.558691>
- Updegraff, J. A., & Taylor, S. E. (2000). From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events. In Harvey, J., & Miller, E. (Eds.) *Loss and Trauma: General and Close Relationship Perspectives* (s. 3–28). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge. Dostupné z https://taylorlab.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/5/2014/11/2000_From-Vulnerability-to-Growth_Positive-and-Negative-Effects-of-Stressful-Life-Events.pdf
- Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky. (14. 10. 2020). *Opatrenie Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky pri ohrození verejného zdravia, sp.zn.: OLP/8326/2020*, Bratislava. Dostupné z https://www.uvzs.sk/docs/info/covid19/final_opatrenie_prevadzky_a_HP_15_10.pdf
- Wanberg, C. R., Csillag, B., Douglass, R., Zhou, L., & Pollard, M. S. (2020). Socioeconomic status and well-being during COVID-19: A resource-based examination. *Journal of Applied Psychology*, 105(12), 1382–1396. <https://doi.org/10.1037/apl0000831>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020a). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., & Jiang, F. (2020b). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 347–349. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
- White, R. G., & Van Der Boer, C. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic and initial period of lockdown on the mental health and well-being of adults in the UK. *BJPsych open*, 6(5), e90. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.79>
- World Health Organization. (2020). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Dostupné z https://covid19.who.int/?gclid=CjwKCAjw_Y_8BR

BiEiwA5MCBJvH7pdISo0VK8nIzdYA1Tj-fpETaOCKd1Fuzl1-686u60QI8N1493xoCqz8QAvD_BwE

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review.

Journal of affective disorders, 277, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Zacher, H., & Rudolph, C. W. (2020). Individual Differences and Changes in Subjective Wellbeing During the Early Stages of the COVID-19 Pandemic. *American Psychologist*. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000702>